N° 1412

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 octobre 2013.

PROJET DE LOI

de **financement** *de la* **sécurité sociale** *pour* **2014**,

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

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. Jean-Marc AYRAULT,
Premier ministre,

PAR M. Pierre MOSCOVICI,
ministre de l'économie et des finances,

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

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'économie et des finances et de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décrète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, délibéré en conseil des ministres après avis du Conseil d'État, sera présenté à l'Assemblée nationale par le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé, qui seront chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2012

Article 1er

① Au titre de l'exercice 2012, sont approuvés :

② 1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

③

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	178,8	184,7	-5,9
Vieillesse	203,4	209,5	-6,1
Famille	54,1	56,6	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	13,7	-0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	436,3	451,4	-15,1

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

⑤

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	154,9	160,8	-5,9
Vieillesse	105,4	110,2	-4,8
Famille	53,8	56,3	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,5	11,7	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	314,0	327,3	-13,3

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

⑦

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	14,7	18,9	-4,1

⑧ 4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 170,1 milliards d'euros ;

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

⑩ 6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, s'élevant à 0,4 milliard d'euros ;

⑪ 7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 11,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le déficit du régime général, tel qu'il a été établi par les différentes caisses nationales, s'est élevé à 13,3 Md€ en 2012 (après 17,4 Md€ en 2011), soit un montant identique à celui figurant dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Pris sur l'ensemble des régimes obligatoires de base, le déficit s'établit à 15,1 Md€ en 2012, après 19,1 Md€ en 2011. Le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est enfin établi à 4,1 Md€ (après 3,4 Md€ en 2011).

Le déficit de l'ensemble des branches du régime général diminue en 2012 par rapport à celui constaté en 2011. Si l'amélioration est plus modérée pour la branche famille (-2,5 Md€ en 2012, soit 90 M€ de moins qu'en 2011) et la branche accidents du travail et maladies professionnelles (-0,2 Md€ en 2012, soit 50 M€ de mieux qu'en 2011), elle est nettement plus importante pour la branche vieillesse (-4,8 Md€ après -6,0 Md€ en 2011) et surtout pour la branche maladie (-5,9 Md€ après -8,6 Md€ en 2011). Ceci s'explique notamment par le fait que les dépenses d'assurance maladie sont inférieures de près d'1 Md€ par rapport à l'objectif initialement voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (171,2 Md€). L'ONDAM voté par le Parlement est donc respecté pour la troisième année consécutive.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2012, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2012 figurant à l'article 1er.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013

Article 3

À titre exceptionnel, il est prélevé au 31 décembre 2013 au plus tard, au profit de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, une somme de 200 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2012, du fonds pour l'emploi hospitalier institué par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur les salaires.

Exposé des motifs

La mesure proposée consiste à reconstituer une partie du fonds de roulement de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et à minorer, corollairement, le montant des emprunts que devra contracter la Caisse en 2014 en prévoyant le transfert au régime d'une partie des excédents du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), également géré par la Caisse des dépôts et consignations.

Créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, le FEH a pour objet la prise en charge des surcoûts financiers supportés par les établissements hospitaliers au titre du temps partiel, de la cessation anticipée d'activité, de certaines formations et aides à la mobilité et du compte épargne temps qu'ils accordent à leurs personnels titulaires et contractuels. Ce fonds est financé par une contribution de 1 % à la charge des employeurs hospitaliers.

Le FEH est structurellement excédentaire et son niveau de réserves, qui s'élève à plus de 233 M€ fin 2012, devrait continuer à augmenter lors des prochains exercices selon les dernières prévisions de la Caisse des dépôts et consignations.

Le transfert d'une partie des excédents du FEH améliorera du même montant le compte de résultat de la CNRACL à compter de sa mise en œuvre. Ce transfert réduira d'autant le montant des réserves du FEH, tout en garantissant un niveau de disponibilités suffisant pour que ce fonds puisse assurer les engagements qui sont les siens au bénéfice des agents du service public hospitalier.

Article 4

① I. – A. – Il est institué une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale par les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

② La participation est due par chaque organisme, mentionné au premier alinéa, en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle elle est perçue.

③ Elle est égale au produit d'un forfait annuel par le nombre d'assurés et ayants droit couverts par l'organisme, à l'exclusion des bénéficiaires de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est perçue et pour lesquels ce dernier a pris en charge, au cours de cette même année, au moins une fois, en tout ou partie, la participation de l'assuré due au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du même code.

④ Le montant du forfait annuel est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Il est égal au résultat de la division d'un montant de 150 millions d'euros par le nombre d'assurés et ayants droit remplissant les conditions définies à l'alinéa précédent, sans pouvoir excéder la limite de 5 euros. Le résultat obtenu est arrondi au centime d'euro le plus proche.

⑤ Les modalités d'échange des données nécessaires à la détermination du montant du forfait annuel, notamment les effectifs des assurés et des ayants droit remplissant les conditions définies au troisième alinéa, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

⑥ B. – Par dérogation aux dispositions du A, pour le calcul de la participation due au titre de l'année 2013, le forfait annuel par assuré ou ayant droit est fixé à 2,5 euros.

⑦ II. – La participation est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette taxe sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'État. Elle est contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues pour la même taxe.

⑧ III. – La participation mentionnée au I est due pour chacune des années 2013 à 2016.

Exposé des motifs

L'article 7 de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signé le

25 octobre 2012, traduit l'engagement des organismes assurant la couverture complémentaire en santé de « participer au développement des nouveaux modes de rémunération en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 millions d'euros, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants ».

En l'absence à ce jour d'un mécanisme de tiers payant intégral permettant aux organismes complémentaires de verser directement aux médecins traitants cette participation, un dispositif transitoire est mis en place pour le versement de la contribution des organismes complémentaires par l'intermédiaire de l'assurance maladie obligatoire et de remboursements par ces organismes des dépenses avancées dans ce cadre.

Ce remboursement sera effectué sous la forme d'un versement global par chaque organisme concerné de la somme correspondant à la participation au financement du forfait pour le médecin traitant avancée par l'assurance maladie pour son compte au titre des assurés et ayants-droit couverts par une assurance complémentaire souscrite chez l'organisme.

Article 5

① I. – L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires restitue aux régimes obligatoires d'assurance maladie, avant le 31 décembre 2013, une fraction des dotations qui lui ont été attribuées au titre des exercices 2010 à 2012 égale à 27 623 999,18 €. Ce montant est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui le répartit entre les régimes dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

② II. – L'article 73 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

③ 1° Au I, le montant : « 370,27 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 343,47 millions d'euros » ;

④ 2° Au II, le montant : « 124 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 139 millions d'euros » ;

⑤ 3° Au III, le montant : « 22,2 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 32,2 millions d'euros ».

Exposé des motifs

Le présent article rectifie les dotations de l'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) fixées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Article 6

① Au titre de l'année 2013, sont rectifiés :

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

③

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	181,7	189,5	-7,8
Vieillesse	212,1	216,2	-4,1
Famille	55,2	58,0	-2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,9	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	449,4	463,7	-14,3

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

⑤

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	157,5	165,2	-7,7
Vieillesse	111,3	114,6	-3,3
Famille	54,8	57,6	-2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	11,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	323,5	337,0	-13,5

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

⑦

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,9	19,7	-2,7

⑧ 4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 12,6 milliards d'euros ;

⑨ 5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites qui demeurent fixées conformément au II de l'article 35 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

⑩ 6° Les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse qui demeurent fixées conformément au III du même article.

Exposé des motifs

Le niveau global des dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale est évalué à 463,7 Md€ pour l'exercice 2013, soit une progression de 2,7 % par rapport au niveau observé pour 2012. Ces prévisions actualisées traduisent notamment le choix du Gouvernement en matière de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, dans le contexte du nécessaire redressement des comptes sociaux.

Malgré un contexte économique défavorable et une moindre progression de la masse salariale (1,3 % en 2013, contre 2,3 % dans les prévisions de la LFSS pour 2013), le solde du régime général et du FSV s'améliore en 2013 de 1,3 Md€ par rapport à 2012. Le déficit prévisionnel du régime général devrait ainsi s'élever à 13,5 Md€ pour l'année 2013 et celui du FSV à 2,7 Md€.

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait amortir quant à elle 12,6 Md€ de dettes supplémentaires sur l'année 2013, soit 0,7 Md€ de plus que pour l'exercice 2012 et 0,2 Md€ de plus que

l'objectif fixé en LFSS pour 2013. Cette hausse prévisionnelle de la capacité d'amortissement annuel s'explique principalement par la dynamique des recettes de cette caisse et le maintien de la charge des intérêts de la dette à un niveau exceptionnellement favorable. Ce résultat porterait le total de la dette amortie par la CADES depuis sa création à 84,1 Md€, soit le tiers de la dette cumulée reprise à fin 2013.

Article 7

① Au titre de l'année 2013, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

②

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	80,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,7
Autres prises en charge	1,3
Total	**174,9**

Exposé des motifs

Les dépenses entrant dans le périmètre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2013 devraient s'élever à 174,9 Md€, soit un montant inférieur de 500 M€ à l'objectif déterminé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Cette révision porte essentiellement sur le sous-objectif relatif aux dépenses des soins de ville, qui évoluent à un rythme très modéré en 2013. Elle tient également compte de la révision à la baisse de l'exécution de l'ONDAM 2012.

La rectification des sous-objectifs relatifs aux dépenses des établissements de santé tire les conséquences de dépenses inférieures aux prévisions pour les établissements du champ dit « non régulé ».

Les sous-objectifs relatifs à la contribution de l'assurance maladie au financement des dépenses en établissements et services médico-sociaux demeurent inchangés par rapport aux montants arrêtés.

Le montant du sous-objectif des dépenses relatives aux autres modes de prise en charge est revu en légère hausse du fait du dynamisme de la dépense observée sur les soins des Français à l'étranger.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2014

Section 1

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

Article 8

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② A. – L'article L. 136-7 est ainsi modifié :

③ 1° Le I est ainsi modifié :

④ *a)* Le premier alinéa est ainsi modifié :

⑤ – après les mots : « II de l'article 125-0 A », les mots : « du code général des impôts » sont supprimés ;

⑥ – après les mots : « III *bis* de l'article 125 A », sont insérés les mots : « et au I de l'article 125 D » ;

⑦ – les mots : « au I du même article 125 A et ceux mentionnés au I de l'article 125-0 A » sont remplacés par les mots : « aux I des articles 125 A et 125-0 A » ;

⑧ *b)* Au 1°, après le mot : « impôts, », sont insérés les mots : « les revenus distribués sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 117 *quater* du même code, ainsi que » ;

⑨ 2° Le dernier alinéa du 1° du IV est ainsi modifié :

⑩ *a)* La deuxième phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée :

⑪ « Son paiement intervient le 15 octobre au plus tard pour 97 % de son montant. » ;

⑫ *b)* À la dernière phrase, les mots : « ces dates » sont remplacés par les mots : « cette date » ;

⑬ B. – Le premier alinéa de l'article L. 245-15 est ainsi modifié :

⑭ 1° Les mots : « assujettis à la contribution prévue aux I et II de » sont remplacés par les mots : « mentionnés à » ;

⑮ 2° Il est complété par les mots : « dont l'assiette est celle définie à cet article. »

⑯ II. – Le 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

⑰ 1° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

⑱ « L'assiette de ces contributions additionnelles est celle définie à ces articles. » ;

⑲ 2° À la deuxième phrase, le mot : « assises, » est supprimé.

⑳ III. – Le dernier alinéa du II de l'article 1600-0 S du code général des impôts est ainsi modifié :

㉑ 1° Le mot : « assis, » est supprimé ;

㉒ 2° Il est complété par une phrase ainsi rédigée :

㉓ « L'assiette de ce prélèvement est celle définie à cet article. »

㉔ IV. – L'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

㉕ 1° Après le mot : « placement », la fin du I est ainsi rédigée : « mentionnés à l'article L. 136-7 dont l'assiette est celle définie à cet article. » ;

㉖ 2° Le II est remplacé par les dispositions suivantes :

㉗ « II. – Les III à VI de ce même article sont applicables à la contribution mentionnée au I. »

㉘ V. – Les taux mentionnés aux 2° du I de l'article L. 136-8 et I de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale s'appliquent à la totalité de l'assiette définie au II de l'article L. 136-7 du même code.

㉙ VI. – A. – Le A du I du présent article et le 2° du IV du présent article, en tant qu'il rend le IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale applicable à la contribution mentionnée au I de l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée, entrent en vigueur le 1er janvier 2014.

㉚ B. – Sous réserve du A du présent VI en tant qu'il concerne le 2° du IV du présent article, les B du I et II à V du présent article s'appliquent aux faits générateurs intervenant à compter du 26 septembre 2013, nonobstant les articles 5 et 9 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, l'article 19 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, l'article 72 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'article 28 de la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, l'article 6 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, l'article 10 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011, l'article 2 de la loi n° 2012-354 du 14 mars 2012 de finances rectificative pour 2012 et l'article 3 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

㉛ VII. – A. – Sont applicables à Mayotte, à compter de l'imposition des revenus perçus au cours de l'année 2013, la contribution prévue à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et les autres contributions et prélèvements assis, contrôlés et recouvrés selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions.

㉜ B. – S'appliquent à Mayotte, à compter du 1er janvier 2014, la contribution prévue à l'article L. 136-7 du même code et les autres contributions et prélèvements assis, contrôlés et recouvrés selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions.

㉝ C. – Le 3° du I de l'article 28-3 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la

sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est abrogé pour les revenus perçus à compter du 1er janvier 2014.

Exposé des motifs

Les modalités d'application des contributions et prélèvements sociaux sur les revenus de placement diffèrent aujourd'hui sensiblement selon que le produit est soumis ou non à l'impôt sur le revenu. Il en résulte que des produits ayant des caractéristiques et/ou une profondeur historique similaires sont assujettis à un niveau de prélèvements sociaux potentiellement très différent.

En effet, les produits exonérés d'impôt sur le revenu et dont le fait générateur est constitué par le dénouement ou le retrait sont soumis aux prélèvements selon le régime des « taux historiques ». Ce régime, qui résulte des modalités d'entrée en vigueur des lois successives ayant institué les prélèvements sociaux ou augmenté leur taux, conduit à appliquer, non pas les différents prélèvements selon leur taux actuel à l'intégralité du gain, mais à décomposer celui-ci en fractions correspondant aux différentes années au cours desquelles il a été constitué, et à appliquer à chaque fraction les règles de prélèvement en vigueur au moment où le gain a été acquis.

Ces modalités dérogatoires concernent essentiellement les produits issus des plans d'épargne en actions (PEA) de plus de cinq ans, des primes versées avant le 26 septembre 1997 sur des contrats d'assurance-vie multi-supports, de l'épargne salariale, des primes versées dans le cadre des comptes et plans épargne logement (CEL et PEL), des intérêts acquis sur des plans d'épargne logement (PEL) de moins de 10 ans souscrits avant le 1er mars 2011, pour lesquels l'acquisition des produits n'est réellement constatée et mise à disposition qu'au moment du fait générateur par dénouement ou retrait (ou par décès concernant l'assurance-vie).

Ce régime des « taux historiques », qui se cumule à un régime dérogatoire en matière d'impôt sur le revenu, est particulièrement favorable par rapport aux modalités d'imposition des autres revenus du capital, alors même que l'avantage ainsi accordé par le législateur à ces produits de placement n'était pas motivé par la volonté d'orienter de manière particulière l'épargne correspondante.

Cette situation peut se traduire par une rupture d'égalité entre des contribuables recourant à des produits de placement identiques ou équivalents, notamment en termes de risque financier, dont la différence de

taxation ne repose plus sur des critères objectifs et rationnels, compte tenu notamment de l'augmentation au fil du temps de l'écart avec les taux de taxation de droit commun.

En outre, ces règles apparaissent peu lisibles pour les contribuables et génèrent, pour les redevables tiers-déclarants (organismes gestionnaires des produits) comme pour l'administration en charge du recouvrement, une complexité de gestion croissante au fur et à mesure de l'évolution de la structure des prélèvements ou de leur taux.

Aussi, dans un objectif d'équité fiscale, il est proposé de mettre fin à l'application des « taux historiques » et d'harmoniser les règles de prélèvement applicables aux produits de placement. Ainsi, pour les produits de placement actuellement régis par cette règle, les différents prélèvements s'appliqueront au taux en vigueur au moment du fait générateur, et à une assiette unique, définie par celle de la contribution sociale généralisée, à savoir les gains acquis depuis 1997. La situation des fractions de gains constituées auparavant, actuellement exonérées de prélèvement, est donc préservée.

Cette mesure apportera un rendement de 600 M€ en 2014 sur l'ensemble des prélèvements sociaux, dont 450 M€ sur le champ de la loi de financement de la sécurité sociale et 150 M€ pour les fonds destinataires du prélèvement de solidarité de 2 % (FNAL, FNSA, fonds de solidarité).

Afin d'éviter tout risque de déstabilisation des encours de l'épargne financière par le jeu de comportements d'anticipation, la mesure s'appliquera aux faits générateurs intervenant à compter du 26 septembre 2013, date de présentation publique de la mesure et de l'avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale lors de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Par ailleurs, dans un souci de simplification et par mesure de rationalisation, il est proposé de procéder à des aménagements concernant les dispositions relatives aux règles d'acomptes.

Enfin, les dispositions d'entrée en vigueur à Mayotte des prélèvements sociaux sur les revenus du capital n'ayant pas pu être intégrées, pour des raisons tenant aux obligations de consultation, dans l'ordonnance n° 2013-837 du 19 septembre 2013 relative à l'adaptation du code des douanes, du code général des impôts, du livre des procédures fiscales et d'autres dispositions législatives fiscales et douanières applicables à Mayotte, il est proposé de les intégrer dans le présent article.

Article 9

① I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

② A. – L'article L. 731-14 est ainsi modifié :

③ 1° Après le quatrième alinéa, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :

④ « 4° Pour leurs montants excédant 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant qu'ils détiennent en pleine propriété ou en usufruit :

⑤ « *a)* Les revenus de capitaux mobiliers définis par les articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou ses enfants mineurs non émancipés ainsi que les revenus mentionnés au 4° de l'article 124 du même code perçus par ces mêmes personnes ;

⑥ « *b)* En cas d'exploitation sous la forme d'une société passible de l'impôt sur le revenu, la part des revenus mentionnés aux 1° et 2° perçus par le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par les enfants mineurs non émancipés du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, lorsqu'ils sont associés de la société.

⑦ « Un décret en Conseil d'État précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du 4° ci-dessus ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant. » ;

⑧ 2° Au dernier alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « neuvième ».

⑨ B. – Les dispositions du A s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2014, sous réserve des dispositions transitoires suivantes :

⑩ 1° Les revenus mentionnés au 4° de l'article L. 731-14 sont pris en compte pour 75 % de leur montant pour le calcul de l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2014 ;

⑪ 2° Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du premier alinéa de l'article L. 731-15, l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2014 est constituée par la moyenne des

revenus professionnels des 1° à 3° de l'article L. 731-14 à laquelle sont ajoutés 75 % des revenus mentionnés au 4° du même article perçus en 2013 ;

⑫ 3° Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du premier alinéa de l'article L. 731-15, l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2015 est constituée par la moyenne des revenus professionnels des 1° à 3° de l'article L. 731-14 à laquelle est ajoutée la moyenne des revenus mentionnés au 4° du même article perçus en 2013 et 2014.

⑬ C. – L'article L. 731-17 est abrogé.

⑭ II. – Le I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑮ A. – Au premier alinéa, les mots : « de l'article L. 136-3 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 136-3 et L. 136-4 ».

⑯ B. – À la première phrase du 1°, les mots : « de l'article L. 136-3 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 136-3 et L. 136-4 ».

⑰ III. – Il est prélevé au 1er janvier 2014, au profit du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire prévu par l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime, une somme de 160 millions d'euros sur les réserves mentionnées au 3° du III de l'article 37 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur les salaires.

⑱ IV. – La Caisse nationale d'allocations familiales et les branches mentionnées au 2° et 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent en début d'exercice au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire institué par l'article L. 732-56 du même code une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2, au 3° de l'article L. 731-3 du même code et à l'article 575 du code général des impôts dont ils sont attributaires, à hauteur de la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du présent article, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante.

Exposé des motifs

L'amélioration de la protection sociale des travailleurs indépendants agricoles constitue un engagement fort du Gouvernement et fait l'objet de mesures dans le cadre du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Pour contribuer au financement de ces mesures, le présent article prévoit de réintégrer dans l'assiette des prélèvements sociaux la part des dividendes excédant 10 % du capital social lorsqu'ils sont perçus par l'exploitant agricole, son conjoint, son partenaire de pacte civil de solidarité ou ses enfants mineurs non émancipés. Sont concernés par cette réintégration dans l'assiette sociale les revenus de capitaux mobiliers (RCM), ainsi que les bénéfices agricoles (BA), les bénéfices industriels et commerciaux (BIC) et les bénéfices non commerciaux (BNC).

Cette mesure limitera une forme d'optimisation liée à l'essor des formes sociétaires d'exercice de l'activité agricole, dont la part est passée de 10,1 % des exploitations professionnelles en 1988 à 45 % en 2010. Elle s'inscrit dans la continuité des mesures similaires prises en LFSS s'agissant des travailleurs indépendants.

En outre, une fraction des réserves financières accumulées par la Mutualité sociale agricole est affectée au régime complémentaire obligatoire de retraite des exploitants agricoles afin de contribuer au financement des mesures proposées dans le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

Article 10

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Au 8° de l'article L. 613-1, les mots : « VII de l'article 151 *septies* » sont remplacés par les mots : « 2 du IV de l'article 155 » ;

③ 2° L'article L. 633-10 est ainsi modifié :

④ *a)* Au premier alinéa, les mots : « , dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret » sont supprimés ;

⑤ *b)* Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

⑥ « Ces cotisations sont assises pour partie sur le revenu d'activité dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 et pour partie sur la totalité du revenu d'activité. Le taux des cotisations

assises sur le revenu d'activité plafonné et celui des cotisations assises sur la totalité du revenu d'activité sont fixés par décret. La somme de ces taux est égale à la somme des taux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3. » ;

⑦ *c)* Les troisième et dernier alinéas sont supprimés.

⑧ II. – Le I s'applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2014.

Exposé des motifs

Le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites prévoit un relèvement général des cotisations déplafonnées à partir de 2014.

Par équité avec les cotisants du régime général de sécurité sociale, le présent article procède au déplafonnement partiel, à compter de 2014, de l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse de base des artisans et commerçants affiliés au régime social des indépendants (RSI), en créant une cotisation assise sur la totalité de la rémunération en sus de celle applicable sous plafond.

En effet, le plafonnement intégral de l'assiette de la cotisation d'assurance vieillesse de base des travailleurs indépendants crée actuellement une différence de traitement entre ces cotisants et ceux du régime général dans lequel il existe une cotisation déplafonnée. Or le régime général et le RSI font tous deux partie du groupe des régimes dits « alignés », dans lesquels les prestations de retraite sont calculées selon des paramètres similaires.

Article 11

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② A. – Le 4° de l'article L. 161-45 est remplacé par les dispositions suivantes :

③ « 4° Des produits divers, des dons et legs. »

④ B. – Les 4° *bis*, 5° et 6° de l'article L. 161-45 sont abrogés.

⑤ C. – Le IV *bis* de l'article L. 165-11 est abrogé.

⑥ D. – L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

⑦ 1° Il est rétabli un 6° ainsi rédigé :

⑧ « 6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ; »

⑨ 2° Au 7°, les mots : « 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 R et 1635 *bis* AE » sont remplacés par les mots : « 1600-0 O, 1600-0 R, 1635 *bis* AE, 1635 *bis* AF, 1635 *bis* AG et 1635 *bis* AH ».

⑩ E. – Aux articles L. 245-1 et L. 245-5-1, les mots : « et de la Haute Autorité de santé » sont supprimés.

⑪ II. – Les articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique sont abrogés.

⑫ III. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

⑬ A. – À la section V *quinquies* du chapitre III du titre III de la deuxième partie du livre Ier du code général des impôts sont ajoutés les articles 1635 *bis* AF, 1635 *bis* AG et 1635 *bis* AH ainsi rédigés :

⑭ « *Art. 1635 bis AF*. – I. – Est subordonné au paiement d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques, dans les conditions mentionnées aux articles L. 5123-2 et suivants du code de la santé publique.

⑮ « II. – Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Le montant de la taxe perçue à l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription est fixé dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et de 20 % de la taxe perçue pour une demande d'inscription.

⑯ « III. – Le versement de la taxe est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. La taxe est recouvrée et contrôlée selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.

⑰ « *Art. 1635 bis AG*. – I. – Est subordonné au paiement d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un produit de santé sur la liste prévue au I de l'article L. 165-11 du code la sécurité sociale.

⑱ « II. – Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

⑲ « III. – Le versement de la taxe est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. La taxe est recouvrée et contrôlée selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.

⑳ « *Art. 1635 bis AH*. – I. – Est subordonné au paiement d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription d'un dispositif médical à usage individuel sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

㉑ « II. – Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

㉒ « III. – Le versement de la taxe est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. La taxe est recouvrée et contrôlée selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. »

㉓ B. – Au III *bis* de l'article 1647, les mots : « aux articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés à l'article 1635 *bis* AE » sont remplacés par les mots : « aux articles 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés aux articles 1635 *bis* AE, 1635 *bis* AF, 1635 *bis* AG et 1635 *bis* AH ».

㉔ IV. – Dans l'intitulé du 8° du VII du chapitre III du titre II de la première partie du livre des procédures fiscales, les mots : « produits de santé » sont remplacés par les mots : « produits de santé et Haute Autorité de santé ».

㉕ V. – L'article L. 166 D du livre des procédures fiscales est ainsi modifié :

㉖ 1° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

㉗ 2° Après le deuxième alinéa, il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :

㉘ « L'administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1635 *bis* AF, 1635 *bis* AG et 1635 *bis* AH du code général des impôts et la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale se transmettent spontanément ou sur demande les informations relatives aux taxes prévues aux articles 1635 *bis* AF, 1635 *bis* AG et 1635 *bis* AH du code général des impôts.

㉙ « Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. »

Exposé des motifs

Les taxes versées par le secteur des produits de santé représentent actuellement plus de la moitié des ressources de la Haute Autorité de santé (HAS), celle-ci percevant en outre une subvention de l'État et une dotation des régimes d'assurance maladie. Ce mode de financement n'est pas approprié s'agissant d'une autorité indépendante dont les avis peuvent avoir des conséquences financières importantes pour les industriels concernés.

Aussi, à l'instar de ce qui a été fait en 2012 pour l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), le présent article prévoit que désormais les ressources de la HAS seront uniquement constituées d'une subvention de l'État et d'une dotation des régimes d'assurance maladie. Leur montant sera adapté pour tenir compte de ces nouvelles dispositions, la clé de répartition entre l'État et l'assurance maladie n'étant pas modifiée.

La mesure ne prévoit pas la création de taxes nouvelles. Les taxes actuelles qui participaient au financement de la HAS seront simplement affectées à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Le recouvrement des taxes actuellement recouvrées par la HAS sera opéré à compter de 2014 par les services de la direction générale des finances publiques.

Article 12

① I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

② A. – L'article 238 *bis* GC est remplacé par les dispositions suivantes :

③ « *Art. 238 bis GC.* – Les contributions dues par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés conformément aux dispositions du IX de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale. »

④ B. – L'article 1600-0 N est abrogé. La taxe mentionnée à cet article demeure cependant exigible pour toutes les ventes de médicaments et de produits de santé réalisées jusqu'au 31 décembre 2013.

⑤ C. – L'article 1600-0 Q est ainsi modifié :

⑥ 1° Aux premier et deuxième alinéas du I et au II, les mots : « 1600-0 N, » sont supprimés ;

⑦ 2° Au III, les mots : « de manière séparée » et « afférente aux ventes de médicaments et produits de santé mentionnés au II de l'article 1600-0 N et celle » sont supprimés.

⑧ D. – Au III *bis* de l'article 1647, la référence : « 1600-0 N, » est supprimée.

⑨ II. – À l'article L. 166 D du livre des procédures fiscales, les mots : « des taxes prévues aux articles 1600-0 N et » sont remplacés par les mots : « de la taxe prévue à l'article ».

⑩ III. – Au premier alinéa de l'article L. 5121-18 du code de la santé publique, les mots : « Les redevables des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « Les redevables de la contribution prévue au I de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale et de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts » et après les mots : « de chacune de ces taxes », sont insérés les mots : « ou contributions ».

⑪ IV. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑫ A. – Au 7° de l'article L. 241-2, la référence : « 1600-0 N » est supprimée.

⑬ B. – Au 2° du II de l'article L. 245-2, après les mots : « en application de l'article L. 162-16 du présent code », sont insérés les mots : « ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ».

⑭ C. – Dans le titre de la section 2 *bis* du chapitre V du titre IV du livre II, les mots : « prises en charge par l'assurance maladie » sont supprimés.

⑮ D. – L'article L. 245-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑯ « *Art. L. 245-6.* – I. – Il est institué une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.

⑰ « II. – La contribution prévue au I du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant :

⑱ « 1° D'un enregistrement au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ;

⑲ « 2° D'une autorisation de mise sur le marché au sens de l'article L. 5121-8 du même code délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 ;

⑳ « 3° 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 ;

㉑ « 4° D'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code.

㉒ « III. – Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article :

㉓ « 1° Les spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ;

㉔ « 2° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et

du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros.

㉕ « IV. – Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national pour une liste de produits fixée par arrêté et dans des conditions définies par une convention tripartite passée entre l'État, un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les entreprises fabriquant ou exploitant des médicaments et un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les grossistes-répartiteurs.

㉖ « V. – Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,2 %.

㉗ « VI. – Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I du présent article est instituée pour les seules entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

㉘ « VII. – La contribution additionnelle prévue au VI du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux II, III et IV du présent article et inscrites sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

㉙ « VIII. – Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI est de 1,6 %.

㉚ « IX. – Les contributions prévues au I et au VI du présent article sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

㉛ « X. – Les contributions prévues au I et au VI du présent article sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1er juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1er mars de l'année suivant celle au titre de laquelle les contributions sont dues.

㉜ « XI. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

㉝ V. – Le D du IV du présent article entre en vigueur le 1er janvier 2014.

Exposé des motifs

À la suite de l'harmonisation des dates d'exigibilité et des modalités déclaratives des contributions pharmaceutiques gérées et recouvrées par les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), effectuée par la LFSS pour 2013, il est apparu nécessaire de poursuivre l'objectif de simplification et de rationalisation de ces contributions.

La contribution sur le chiffre d'affaires et la taxe dite « première vente de médicaments » sont toutes deux assises sur une assiette qui se rapproche du chiffre d'affaires hors taxes et possèdent la même finalité de rendement.

Il apparaît en conséquence logique de procéder à l'uniformisation de cette assiette en fusionnant ces deux taxes. Afin de ne pas pénaliser les exploitants de spécialités pharmaceutiques non remboursables – puisque la contribution sur le chiffre d'affaires vise uniquement les spécialités remboursables ou prises en charge par l'assurance maladie – le nouvel article L. 245-6 du code de la sécurité sociale prévoit donc deux éléments : une contribution de base (due par tous les exploitants de spécialités pharmaceutiques) et une contribution additionnelle (due uniquement par les exploitants de spécialités pharmaceutiques remboursables).

Conformément à l'objectif de simplification, le présent article aligne les conditions fiscales des groupes de génériques dans lesquels le prix de vente au public des spécialités de référence est identique à celui des génériques de leur groupe sur celles applicables aux spécialités génériques sous tarif forfaitaire de responsabilité.

Le statut de ces impositions en matière de déductibilité au regard de l'impôt sur les sociétés est également uniformisé.

Le présent article vise donc à simplifier et clarifier l'assiette de ces deux taxes et permet d'accroître la lisibilité du cadre de gestion de ces prélèvements pour l'ensemble des acteurs.

Article 13

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2014 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux K est fixé à 0,4 %.

Exposé des motifs

La mesure consiste à fixer le taux K à 0,4 % pour l'année 2014. Elle sécurise l'atteinte des objectifs exigeants du Gouvernement pour 2014 en matière de maîtrise des dépenses de médicaments remboursables.

Article 14

① Le II *quinquies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

② 1° Au premier alinéa, les mots : « des déficits des exercices 2011 à 2018 de la branche mentionnée au 3° » sont remplacés par les mots : « des déficits des exercices 2011 à 2017 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° » et après les mots : « à l'article L. 135-1 du même code », sont insérés les mots : « déduction faite de la part des déficits de l'exercice 2011 couverte en application du II *quater* » ;

③ 2° Les deux dernières phrases du premier alinéa sont remplacées par les mots : « Les versements, dont les dates et montants sont fixés par décret et qui peuvent faire l'objet d'acomptes provisionnels, interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012. » ;

④ 3° Le second alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

⑤ « Dans le cas où le montant des déficits mentionnés à l'alinéa précédent excède les plafonds qui y sont cités, les transferts sont affectés, par priorité, à la couverture des déficits de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, puis de ceux du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, puis des déficits les plus

anciens de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code et enfin des déficits de la branche mentionnée au 4° du même article. »

Exposé des motifs

La dernière reprise des déficits du régime général confiée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été mise en œuvre par la LFSS pour 2011. Elle comprend deux volets :

– d'une part, le transfert, dans la limite de 68 Md€, des déficits cumulés du régime général (hors branche AT-MP) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour 2009-2010, ainsi que des déficits prévisionnels des branches maladie et famille pour 2011 ;

– d'autre part, le transfert, dans la limite globale de 62 Md€ et de 10 Md€ par an, des déficits 2011 à 2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV.

Le premier volet de ce schéma a été réalisé en 2011. Le second volet (la reprise des dettes « vieillesse ») est mis en œuvre par une série de reprises annuelles effectuées après la constatation du déficit de l'année précédente. Il doit s'achever avec le transfert en 2019 du déficit de l'exercice 2018.

Or, les mesures prises dans le cadre de la réforme des retraites amélioreront les soldes de la branche vieillesse sur la période et permettent de limiter le champ de reprise des déficits prévisionnels de la CNAV et du FSV aux exercices 2011 à 2017 (et non plus 2018).

Dans ce contexte, il est possible d'intégrer les déficits des branches famille et maladie dans le périmètre de la reprise de dette par la CADES, et ce sans modification du plafond de reprise de 62 Md€ et des plafonds annuels de 10 Md€ et sans allongement de la durée de vie de la CADES.

Cette disposition évitera de faire durablement supporter les déficits cumulés des branches famille et maladie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), dont la mission doit demeurer la couverture des besoins de financement non permanents des différentes branches du régime général, et dont le recours à l'emprunt est strictement encadré, via la fixation d'un plafond annuel d'emprunt dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Article 15

① I. – Le 4° de l’article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

② « 4° Le solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionné au second alinéa de l’article L. 651-2-1, les produits financiers mentionnés à ce même alinéa, ainsi que le reliquat du produit au titre des exercices antérieurs à 2011, dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ; ».

③ II. – À l’article L. 137-13 du même code, les mots : « des régimes obligatoires d’assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires » sont remplacés par les mots : « de la Caisse nationale des allocations familiales ».

④ III. – À l’article L. 137-14 du même code, les mots : « des régimes obligatoires d’assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires » sont remplacés par les mots : « de la Caisse nationale des allocations familiales ».

⑤ IV. – À l’article L. 137-18 du même code, les mots : « aux régimes obligatoires d’assurance maladie dont ils relèvent » sont remplacés par les mots : « à la Caisse nationale des allocations familiales ».

⑥ V. – À l’article L. 137-19 du même code, les mots : « Caisse nationale de l’assurance maladie » sont remplacés par les mots : « Caisse nationale des allocations familiales ».

⑦ VI. – Le deuxième alinéa de l’article L. 137-24 du même code est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

⑧ « Le surplus de ces prélèvements est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales ».

⑨ VII. – À l’article L. 139-1 du même code, les mots : « et des articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 » sont supprimés.

⑩ VIII. – Le 9° de l’article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

⑪ « 9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1609 *vicies* et 1618 *septies* du code général des impôts ».

⑫ IX. – L’article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑬ 1° Au 1°, le taux : « 56,8 % » est remplacé par le taux : « 53,5 % », le taux : « 27,1 % » est remplacé par le taux : « 27,5 % » et le taux : « 16,1 % » est remplacé par le taux : « 19 % » ;

⑭ 2° Au 7°, le taux : « 68,14 % » est remplacé par le taux : « 60 % » et le taux : « 9,46 % » est remplacé par le taux : « 17,60 % » ;

⑮ 3° Il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

⑯ « 2° Le produit de la taxe mentionnée à l’article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée à l’article L. 241-6 ; »

⑰ 4° Il est rétabli un 4° ainsi rédigé :

⑱ « 4° Le produit de la taxe visée au 2° *bis* de l’article 1001 du code général des impôts est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés ; »

⑲ 5° Il est rétabli un 5° ainsi rédigé :

⑳ « 5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-13, L. 137-14, L. 137-18, L. 137-19 et L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée à l’article L. 241-6 ; ».

㉑ X. – Le tableau de l’article L. 137-16 du même code est remplacé par un tableau ainsi rédigé :

㉒

	Pour les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %	Pour les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %
Caisse nationale d’assurance vieillesse ..	16 points	6,4 points
Fonds mentionné à l’article L. 135-1.....	4 points	1,6 point
dont section mentionnée à l’article L. 135-3-1	*0,5 point*	*0,5 point*

㉓ XI. – L’article L. 245-16 du même code est ainsi modifié :

㉔ 1° Le deuxième alinéa du II est supprimé ;

㉕ 2° Au quatrième alinéa, le taux : « 2,75 % » est remplacé par le taux : « 1,15 % » ;

㉖ 3° Le cinquième alinéa est supprimé ;

㉗ 4° Il est rétabli un sixième alinéa ainsi rédigé :

㉘ « – une part correspondant à un taux de 2,05 % à la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés. »

㉙ XII. – L’article L. 136-8 du même code est ainsi modifié :

㉚ A. – 1° Au IV, le 1° est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

㉛ « 1° À la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,87 % ; »

㉜ 2° Au IV, le 2° est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

㉝ « 2° Au fonds institué par l’article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ; »

㉞ 3° Au *a* du 4°, le taux : « 5,25 % » est remplacé par le taux : « 5,20 % » et les mots : « sous réserve des dispositions du *g* » sont supprimés ;

㉟ 4° Au *b* du 4°, le taux : « 4,85 % » est remplacé par le taux : « 4,80 % » ;

㊱ 5° Au *c* du 4°, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 5,90 % » ;

㊲ 6° Au *d* du 4, le taux : « 3,95 % » est remplacé par le taux : « 3,90 % » ;

㊳ 7° Au *e* du 4°, le taux : « 4,35 % » est remplacé par le taux : « 4,30 % » ;

㊴ 8° Le *g* du 4° est abrogé.

㊵ B. – Il est ajouté un VI ainsi rédigé :

41 « VI. – 1° L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et répartir le produit de la contribution visée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article ;

42 « 2° Il en est de même pour les produits recouvrés simultanément à la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du présent code. »

43 XIII. – Le III de l'article 17 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

44 1° Les mots : « Pour l'année 2013 » sont remplacés par les mots : « Pour les années 2013 et 2014 » ;

45 2° Le 2° est ainsi modifié :

46 *a)* Après les mots : « de la sécurité sociale, », sont ajoutés les mots : « pour l'année 2013, » ;

47 *b)* Il est complété par les mots : « ; pour l'année 2014, le taux : “0,85 %” est remplacé par le taux : “0,90 %” et à la fin du 3° du même IV, le taux : “0,1 %” est remplacé par le taux : “0,05 %”. »

48 XIV. – L'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

49 1° Le 4° et le 5° sont abrogés ;

50 2° Le 7° devient 4° ;

51 3° Le 8° devient 5°.

52 XV. – Au VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, après les mots : « versé par l'État. », il est inséré une phrase ainsi rédigée :

53 « Il est réparti entre les différents attributaires des contributions et prélèvements mentionnés dans le tableau au prorata de leur part respective dans ces prélèvements en 2011. Pour les exercices ultérieurs, il peut être imputé sur l'ensemble des contributions et prélèvements mentionnés dont ils sont affectataires. »

54 XVI. – Le présent article s'applique pour les produits assis sur les opérations dont le fait générateur intervient à compter du 1er janvier 2014, à l'exception des dispositions relatives aux contributions sur les revenus du patrimoine qui s'appliquent aux revenus perçus en 2013 et assujettis en 2014.

Exposé des motifs

Le présent article opère plusieurs modifications de recettes et de réserves.

Le I affecte les réserves accumulées au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés. En effet, une partie des encaissements de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), antérieurs à 2011, n'avaient pas été affectés aux attributaires actuels de la contribution. Ces réserves, qui se portent à 1,3 Md€, seront affectées au FSV, attributaire actuel des reliquats de C3S et de la C3S additionnelle.

Cet article procède également (II à XIV) à des réaffectations de recettes au sein de la sécurité sociale. En effet, 3,04 Md€ ont été affectés à la sécurité sociale dans le cadre du projet de loi de finances pour 2014 en vue du redressement des soldes des différentes branches. Ceux-ci correspondent aux gains attendus de la réforme du quotient familial (1,03 Md€), de la fiscalisation de la part employeur finançant les contrats collectifs (0,96 Md€) ainsi qu'à la compensation à la branche famille de la perte de 0,15 point de cotisation patronale destinée à assurer la neutralité de l'augmentation des cotisations patronales vieillesse sur le coût du travail. Dans un souci de lisibilité, l'intégralité de ces ressources affectées depuis le budget de l'État résulte d'un accroissement de la part de TVA affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), cette taxe constituant la seule recette partagée entre l'État et la sécurité sociale. Afin de préserver la lisibilité des relations financières État-sécurité sociale, l'intégralité de la TVA reste affectée à la CNAMTS. Le présent article procède donc à une réaffectation d'une partie de ces produits (2,19 Md€) vers la branche famille et à une clarification du schéma de financement, au travers notamment d'une harmonisation des clés de répartition de la CSG entre les différentes assiettes assujetties.

Dans l'attente de la réforme de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie au travers du projet de loi à venir d'adaptation de la société au vieillissement, cet article reconduit pour 2014 une modification de la répartition de la CSG entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) (XIII). Les réserves de la CNSA permettront de financer d'éventuelles dépenses supplémentaires au titre de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Il précise enfin (XV) les modalités d'imputation du prélèvement sur les contrats d'assurance vie multi-support affectés à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

Article 16

① I. – Les quatre premiers alinéas de l'article L. 6243-3 du code du travail sont remplacés par les dispositions suivantes :

② « L'État prend en charge les cotisations et contributions sociales des apprentis qui font l'objet d'exonérations dans les conditions suivantes :

③ « 1° Sur une base forfaitaire globale pour les cotisations dues au titre des articles L. 3253-14, L. 5423-3 et L. 5424-15 ;

④ « 2° Sur la base d'un taux forfaitaire déterminé par décret, pour le versement pour les transports prévu par les articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;

⑤ « 3° Sur une base forfaitaire suivant des modalités déterminées par décret pour les autres cotisations et contributions. »

⑥ II. – Les dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables à la part des cotisations d'assurance vieillesse dont l'assiette est comprise entre la base mentionnée au 3° de l'article L. 6243-3 du code du travail et la rémunération de l'apprenti au sens de l'article L. 242-1 du même code.

⑦ III. – Le code du service national est ainsi modifié :

⑧ A. – Les deux premiers alinéas de l'article L. 120-26 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

⑨ « Lorsque le service est accompli en France, l'assiette des cotisations au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des allocations familiales, ainsi que des contributions définies aux articles L. 136-2 du code de la sécurité sociale et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, est constituée des indemnités prévues à la section 4 du présent chapitre.

⑩ « Les taux de ces cotisations et contributions sont fixés selon les modalités prévues aux articles L. 136-8, L. 241-2, L. 241-3, L. 241-6, ainsi qu'à l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Pour la cotisation d'accident du travail et de maladie professionnelle, un taux forfaitaire est fixé par arrêté.

⑪ « Leur versement, y compris celui des cotisations et contributions à la charge de la personne volontaire, est assuré par la personne morale agréée en vertu de l'article L. 120-30 du présent code ou par l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique.

⑫ « Les cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle autres que celles mentionnées au premier alinéa ne sont pas dues. »

⑬ B. – Les deux derniers alinéas de l'article L. 120-28 sont supprimés.

⑭ IV. – A. – Les embauches réalisées en contrat à durée déterminée en application de l'article L. 5132-15-1 du code du travail et ouvrant droit au versement de l'aide mentionnée à l'article L. 5132-2 du même code, donnent lieu, sur la part de la rémunération inférieure ou égale au salaire minimum de croissance, pendant la durée d'attribution de cette aide, à une exonération :

⑮ 1° Des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales ;

⑯ 2° De la taxe sur les salaires ;

⑰ 3° De la taxe d'apprentissage ;

⑱ 4° Des participations dues par les employeurs au titre de l'effort de construction.

⑲ B. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à l'exonération mentionnée au A du présent IV.

Exposé des motifs

Le présent article adapte les modalités de financement de la protection sociale dont bénéficient trois catégories d'assurés percevant des rémunérations d'un montant peu élevé :

– les apprentis ;

– les jeunes ayant souscrit un contrat de service civique ;

– les personnes travaillant dans des chantiers d'insertion.

Pour les premiers, en complément des dispositions figurant dans le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, il prévoit les conditions de prise en charge par l'État de l'exonération de la

cotisation vieillesse-veuvage : si l'exonération sera dorénavant calculée sur la rémunération réelle de l'apprenti, afin de lui permettre de valider des droits complets à la retraite, la prise en charge par l'État demeurera calculée selon les règles historiques (rémunération abattue de l'équivalent de 11 points de SMIC).

Pour les seconds, il procède à un alignement du prélèvement sur le droit commun, ce qui permet de supprimer le mécanisme de cotisation complémentaire institué en 2010 pour permettre aux jeunes effectuant un service civique de valider des droits à retraite de manière proportionnée à la durée de leur service. Cet alignement ne dégrade pas le niveau de protection des intéressés.

Enfin, s'agissant des chantiers d'insertion, le présent article propose, dans le cadre de la mise en place d'une « aide au poste » pour l'ensemble des structures bénéficiant des dispositifs d'insertion par l'activité économique, de créer une nouvelle exonération, dont les effets économiques seront identiques à ceux de l'exonération dont bénéficient actuellement ces structures dans le cadre de contrats aidés.

Article 17

Est approuvé le montant de 3,8 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Exposé des motifs

Le présent article approuve le montant des crédits prévus par le projet de loi de finances pour 2014 pour couvrir les dispositifs compensés d'exonération, de réduction ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. Les crédits budgétaires correspondants sont fixés à 3,1 Md€, montant en baisse de 2,9 % par rapport à 2013.

S'ajoutent à ceux-ci :

– 0,5 Md€ pour les exonérations sur les heures supplémentaires dans les entreprises de moins de 20 salariés, dont la compensation par l'État est assurée pour l'année 2013 par l'affectation aux régimes concernés d'une fraction correspondante de TVA nette ;

– 0,2 Md€ pour la déduction forfaitaire pour service à la personne dont la compensation par l'État est assurée également par l'affectation aux régimes concernés d'une fraction correspondante de TVA nette.

L'annexe 5 du présent projet de loi décrit également les autres types d'exonérations ou exemptions d'assiettes applicables aux cotisations ou contributions sociales. En 2014, les sommes correspondantes s'élèveraient en prévision (données en encaissement-décaissement) à :

– 20,5 Md€ pour le montant des allègements généraux sur les bas salaires (et exonérations de cotisations « famille » pour certains régimes spéciaux) : il est rappelé que ces exonérations générales ne font plus l'objet depuis 2011 d'une compensation par l'État dans la mesure où les recettes fiscales jusque-là mobilisées dans cet objectif ont été affectées directement à la sécurité sociale ;

– 3,8 Md€ pour le montant des exonérations restant à la charge de la sécurité sociale ;

– 48,6 Md€ pour le montant des sommes non assujetties aux cotisations, soit l'équivalent de 6,5 Md€ de recettes selon la méthode conventionnelle décrite en annexe 5.

Le total de ces dispositifs représenterait ainsi l'équivalent de 34,8 Md€ de cotisations ou contributions.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18

① Pour l'année 2014, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

②

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	188,0	194,1	-6,2
Vieillesse	219,4	221,0	-1,6
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,3	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	464,7	474,6	-10,0

Exposé des motifs

Le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base s'élève en prévision pour 2014 à –10 Md€, soit une amélioration de 4,4 Md€ par rapport à 2013.

Ce redressement est le fruit d'une progression maîtrisée des dépenses : ralentissement à 2,4 % de la croissance de l'ONDAM, économies décidées dans le champ de la politique familiale et des retraites notamment.

Il résulte également de la mise en œuvre de recettes nouvelles pour la sécurité sociale (hausse des cotisations vieillesse et produit de la suppression de la référence aux « taux historiques » en matière de prélèvements sociaux sur les produits de placement) ainsi que d'un transfert supplémentaire de TVA nette en provenance de l'État correspondant à la fiscalisation de la part employeur finançant les contrats collectifs santé, à l'affectation à la branche famille du rendement de la baisse du quotient familial et à la compensation, pour cette même branche, de la baisse de ses cotisations de 0,15 point qui sera applicable au 1er janvier 2014.

Dans ces conditions, le déficit de la branche maladie est réduit de 1,6 Md€ par rapport à 2013 pour s'établir à 6,2 Md€. La branche accidents du travail-maladies professionnelles connaîtra à nouveau un léger excédent, qui lui permettra d'apurer progressivement les déficits cumulés passés. La branche vieillesse bénéficiera dès 2014 des mesures du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et verra son solde amélioré de 2,4 Md€. La branche famille, qui bénéficie d'un effort de près de 1,7 Md€ de recettes nouvelles en 2014, présente pour sa part un déficit prévisionnel de 2,3 Md€, contre 2,8 Md€ pour 2013.

Article 19

① Pour l'année 2014, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

②

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	163,7	169,9	-6,2
Vieillesse	116,0	117,2	-1,2
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,0	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	336,6	346,2	-9,6

Exposé des motifs

Le solde du régime général s'établit en prévision pour 2014 à -9,6 Md€, soit une amélioration de 3,9 Md€ par rapport à 2013 et un effort de redressement de plus de 8,5 Md€ par rapport à la trajectoire tendancielle avant mesures nouvelles, dont 4 Md€ d'économies, 2 Md€ de transferts de recettes et 2,2 Md€ de recettes nouvelles.

Article 20

① I. – Pour l'année 2014, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

②

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	20,4	-3,2

③ II. – Pour l'année 2014, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 12,8 milliards d'euros.

④ III. – Pour l'année 2014, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

⑤

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

⑥ IV. - Pour l'année 2014, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

⑦

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes fiscales	0,1
Total	0,1

Exposé des motifs

Le solde prévisionnel du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'établit à –3,2 Md€ en 2014 contre –2,7 Md€ en 2013. La trajectoire de redressement du fonds initiée par les lois financières pour 2013 est en effet contrebalancée par les effets de la crise sur l'emploi qui augmente le montant des prises en charge de cotisations au titre du chômage. Le FSV bénéficiera toutefois de recettes supplémentaires dès 2014 (affectations des réserves de contribution sociale de solidarité sur les sociétés – C3S).

La CADES devrait amortir 12,8 Md€ de dette supplémentaire sur l'année 2014. Ce résultat porterait le total de la dette amortie depuis la création de la CADES à 96,9 Md€, soit près de 43 % de la dette cumulée reprise à fin 2014.

Du fait des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Fonds de réserve pour les retraites ne recevra aucun abondement en 2014, ses ressources courantes ayant été transférées soit à la CADES pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la CNAV et du FSV, soit directement au FSV.

Le Fonds de solidarité vieillesse bénéficiera d'un montant prévisionnel de 0,1 Md€ pour 2014 au titre du financement à compter de 2016 du

maintien du bénéfice du taux plein dès soixante-cinq ans pour les parents de trois enfants les plus proches de l'âge de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés, ce qui portera à 1,05 Md€ le montant des sommes mises en réserve depuis 2011.

Article 21

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2014 à 2017), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 3

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

Article 22

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② A. – L'article L. 131-6-2 est ainsi modifié :

③ 1° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

④ « Lorsque le revenu d'activité de la dernière année écoulée est définitivement connu, les cotisations provisionnelles, à l'exception de celles dues au titre de la première année d'activité, sont recalculées sur la base de ce revenu. » ;

⑤ 2° Au troisième alinéa après les mots : « Lorsque le revenu d'activité », sont insérés les mots : « de l'année au titre de laquelle elles sont dues » ;

⑥ 3° Au quatrième alinéa, les mots : « sur la base du dernier revenu d'activité connu ou » sont supprimés.

⑦ B. – Le deuxième alinéa du I de l'article L. 133-6-2 est supprimé.

⑧ C. – L'article L. 722-4 du même code est ainsi modifié :

⑨ 1° Les mots : « , appréciés en application de l'article L. 131-6 » sont supprimés ;

⑩ 2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑪ « Cette cotisation est calculée en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Son taux est fixé par décret. »

⑫ II. – A. – Le I s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2015.

⑬ B. – Par dérogation au A du présent II, le A du I s'applique aux cotisations de sécurité sociale recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2016.

Exposé des motifs

La simplification des règles applicables au calcul et à la collecte des cotisations sociales des travailleurs indépendants représente un volet important de la démarche de simplification du droit et des démarches des entreprises, qui constitue un des piliers du pacte de compétitivité.

Dans le droit fil des mesures de simplification adoptées ces dernières années, le présent article généralise à compter de 2015 le dispositif de régularisation anticipée, actuellement facultatif, dont bénéficient les travailleurs indépendants non agricoles, qui apporte une souplesse pour la trésorerie de ces entrepreneurs et simplifie le recouvrement des prélèvements sociaux par les régimes.

Cette mesure permet dès connaissance du revenu définitif de l'année précédente (N-1) :

– d'ajuster sur la base de ce revenu N-1 les cotisations provisionnelles dues au titre de l'année en cours (N) et initialement calculées sur la base du revenu de l'avant-dernière année (N-2) et ainsi de limiter le décalage entre les revenus définitifs et l'assiette des cotisations provisionnelles. Cela permet de limiter l'ampleur des régularisations qui peuvent être sources de difficultés pour le cotisant ;

– de régulariser sur la base de ce revenu N-1 la cotisation due au titre de l'année N-1 le plus tôt possible au cours de l'année N, ce qui permet soit d'étaler sur une plus grande période le versement du solde par le cotisant (7 mois au lieu de 2 mois actuellement), soit de le faire bénéficier d'un

remboursement plus tôt au cours de l'année N en cas de trop-versé de cotisations provisionnelles en année N-1.

Le projet concerne les cotisations et contributions sociales de l'ensemble des régimes de travailleurs indépendants non agricoles. Toutefois, son application aux régimes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et de la caisse nationale des barreaux français (CNBF) est décalée d'un an au 1er janvier 2016 pour tenir compte des contraintes de gestion résultant des évolutions en cours du régime de base de la CNAVPL et du régime complémentaire de la CNBF qui mobiliseront les moyens de ces caisses.

Enfin, pour accompagner cette mesure en faveur des travailleurs indépendants et pour encourager la création d'entreprises, il est envisagé de simplifier le dispositif d'aide aux chômeurs créant ou reprenant une entreprise (Accre). Cette mesure, de nature réglementaire, supprimera la pré-instruction des demandes d'Accre actuellement réalisée par les Urssaf et devrait permettre d'accélérer la délivrance de cette aide aux futurs entrepreneurs.

Article 23

① I. – Les conditions dans lesquelles les employeurs mentionnés au I de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ainsi que ceux qui ont recours à un tiers pour l'accomplissement de leurs déclarations de cotisations sociales sont tenus, en fonction du montant annuel de leurs cotisations, de souscrire à la déclaration sociale nominative au plus tard le 1er juillet 2015 sont fixées par décret.

② II. – A. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

③ 1° La section 5 du chapitre III du titre IV du livre II est abrogée ;

④ 2° La section 1 du chapitre III *bis* du titre III du livre Ier est complétée par un article L. 133-5-5 ainsi rédigé :

⑤ « *Art. L. 133-5-5.* – I. – Tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de ses cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée dans des conditions fixées par décret. Les seuils au delà desquels ces formalités s'imposent sont fixés par décret en fonction du montant des cotisations et contributions sociales.

⑥ « II. – La méconnaissance de l'obligation de déclaration prévue au I entraîne l'application d'une majoration fixée par décret dans la limite de 0,2 % des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. La méconnaissance de l'obligation de versement prévue au I entraîne l'application d'une majoration fixée par décret dans la limite du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions. » ;

⑦ 3° La section 2 *bis* du chapitre III *bis* du titre III du livre Ier est complétée par un article L. 133-6-7-2 ainsi rédigé :

⑧ « *Art. L. 133-6-7-2.* – Les travailleurs indépendants non agricoles sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement des cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée dans des conditions fixées par décret. Le seuil au-delà duquel ces formalités s'imposent est fixé par décret en fonction du montant des cotisations et contributions sociales ou, pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 133-6-8, en fonction du chiffre d'affaires. La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5. » ;

⑨ 4° À l'article L. 612-10, les mots : « L. 243-14 » sont remplacés par les mots : « L. 133-5-5 » ;

⑩ 5° À l'article L. 623-1, les mots : « L. 243-14 » sont remplacés par les mots : « L. 133-5-5 » ;

⑪ 6° À l'article L. 722-5, les mots : « des sections 4 et 5 » sont remplacés par les mots : « de la section 4 » et les mots : « de l'article L. 374-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 133-6-7-2 et L. 374-1 ».

⑫ B. – L'article L. 1221-12-1 du code du travail est remplacé par les dispositions suivantes :

⑬ « *Art. L. 1221-12-1.* – Sont tenus d'adresser les déclarations préalables à l'embauche par voie électronique :

⑭ « 1° Les employeurs dont le personnel relève du régime général de sécurité sociale autres que les particuliers employant un salarié à leur

service et qui ont effectué un nombre de déclarations préalables à l'embauche au cours de l'année civile précédente supérieur à un seuil fixé par décret ;

⑮ « 2° Les employeurs dont le personnel relève du régime de protection sociale agricole dont le nombre de déclarations préalables à l'embauche accomplies au cours de l'année civile précédente excède un seuil fixé par décret.

⑯ « Le non-respect de cette obligation entraîne l'application d'une pénalité par salarié, fixée par décret dans la limite de 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions relatives au recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Les pénalités dues au titre d'une année civile sont versées au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale de l'année suivante. »

⑰ C. – L'article L. 725-22 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.

⑱ III. – A. – Le I *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑲ 1° Après la première phrase, il est inséré la phrase suivante :

⑳ « Dans les départements d'outre-mer, la déduction de cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle est majorée d'un montant fixé par décret. » ;

㉑ 2° À la deuxième phrase, devenue troisième, les mots : « Cette déduction n'est cumulable » sont remplacés par les mots : « Ces déductions ne sont cumulables ».

㉒ B. – Le code du travail est ainsi modifié :

㉓ 1° À l'article L. 1522-1, les mots : « lorsque celui-ci a la nature d'un titre spécial de paiement » sont supprimés ;

㉔ 2° Le dernier alinéa de l'article L. 1522-4 est supprimé.

Exposé des motifs

La déclaration sociale nominative (DSN) créée par la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives et inscrite comme chantier de simplification

dans le Pacte national pour la croissance, la compétitivité et l'emploi, vise à réduire la charge administrative que représente pour les 2 millions d'employeurs l'accomplissement des nombreuses déclarations sociales. Elle est appelée à se substituer progressivement à la quasi-totalité des déclarations sociales (déclarations de cotisations, déclarations annuelles de données sociales – DADS –, attestations de salaires pour les indemnités journalières, attestations employeur destinées à Pôle emploi, déclaration des mouvements de main-d'œuvre, etc.).

Elle est caractérisée par une montée en charge progressive puisque, dans l'attente de sa généralisation à l'ensemble des employeurs à échéance du 1er janvier 2016, elle peut être souscrite sur la base du volontariat.

La possibilité pour les employeurs qui le souhaitent de s'inscrire dans cette démarche est en partie tributaire de la crédibilité du projet et de son portage par les pouvoirs publics. Notamment, l'investissement des éditeurs et gestionnaires de paie dans le projet, indispensable pour que les employeurs puissent en profiter, est conditionné aux perspectives de développement de l'utilisation de la DSN.

Il est également important d'éviter que la bascule en 2016 d'un trop grand nombre d'employeurs, faute de paliers intermédiaires, soit source de difficultés pour les entreprises.

Aussi, pour sécuriser la généralisation de la DSN, il est opportun d'instaurer une étape intermédiaire avant 2016. Aussi, au-delà d'un nouveau palier, déterminé par décret et fonction du montant annuel de cotisations versées par l'entreprise, la bascule des entreprises vers la DSN sera obligatoire au plus tard le 1er juillet 2015.

Cette mesure est accompagnée d'un abaissement progressif des seuils de déclaration et de paiement dématérialisés pour les employeurs privés et publics ainsi que les tiers déclarants, ce qui devrait permettre de favoriser l'adoption de la DSN par les entreprises avant sa généralisation obligatoire. Il est également prévu d'étendre le chèque emploi service outre-mer afin de passer d'un formulaire papier à un dispositif qui offre la possibilité d'un gestion dématérialisée, dont les utilisateurs sont très satisfaits en métropole. Enfin, un dispositif similaire de dématérialisation des déclarations sociales et de services en ligne dédiés est prévu pour les travailleurs indépendants.

Article 24

À titre exceptionnel, il est prélevé au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une somme égale à 65 % des réserves, constatées au 31 décembre 2013, du fonds national de gestion technique des agents en activité et de leurs ayants droit de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

Exposé des motifs

Depuis sa création en 2007, la caisse d'assurance maladie du régime spécial des industries électriques et gazières (CAMIEG) dégage des excédents importants sur les deux fonds d'assurance maladie complémentaire obligatoire qu'elle gère (le fonds relatif aux actifs pour les salariés et leurs ayants-droit et le fonds relatif aux inactifs pour les pensionnés et leurs ayants-droits) : fin 2012, ils s'élèvent ainsi à 328 millions d'euros.

Ce régime dégageant structurellement des excédents, il a été décidé, à l'issue d'échanges avec les partenaires sociaux du secteur, d'une part d'augmenter le niveau des prestations pour les actifs comme pour les inactifs (+15 millions d'euros de prestations par an) et d'autre part de baisser les cotisations pour les actifs (-25 % pour employeurs et salariés), ce qui permettra à la branche de revenir vers une situation structurelle d'équilibre.

Le présent article opère un prélèvement, vers la CNAMTS, d'une partie des fonds de la section des actifs de la CAMIEG à hauteur de 65 % des réserves constatées au 31 décembre 2013, soit un montant estimé à 170 millions d'euros. De plus, les excédents de la section des inactifs actuellement placés à l'ACOSS, seront mis à disposition de la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), afin de limiter son besoin d'emprunt.

Cette mesure participe d'un objectif d'intérêt général, celui de réduire le déficit de la branche maladie, et de solidarité inter-régimes du fait de l'intégration financière des IEG au régime général. Elle respecte en outre le principe de proportionnalité puisque le montant transféré est limité, s'effectue en une seule fois et ne remet pas en cause l'équilibre futur du régime des IEG.

Article 25

Au I de l'article 38 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mots : « pour l'année 2013 » sont remplacés par les mots : « pour les années 2013 à 2017 ».

Exposé des motifs

Le présent article prévoit la possibilité de mobiliser un concours de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) afin de sécuriser la couverture des besoins de trésorerie de la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM).

La CANSSM, en charge d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime minier, fait face à des besoins de financement croissants, qui ont requis de majorer significativement ces dernières années les autorisations d'emprunt accordées à la caisse en loi de financement de la sécurité sociale (900 M€ en 2014 et 2013, contre 200 M€ en 2007).

Dans le contexte actuel de raréfaction des concours bancaires, il est proposé de prolonger pour quatre ans la possibilité pour la CANSSM, ouverte en LFSS pour 2013, de recourir à des avances de trésorerie auprès de l'ACOSS, dans le cadre d'un plafond maximal fixé à 250 M€.

Cette mesure permettra de garantir le financement du régime jusqu'à la fin 2017, en complément des avances et prêts obtenus auprès de la Caisse des dépôts et consignations et des autres partenaires bancaires.

Article 26

① Sont habilités en 2014 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

②

(en millions d'euros)

	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	34 500

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 200
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	950
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.....	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières.....	440
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	450
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	15

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 34,5 Md€ pour l'exercice 2014. Ce montant a été fixé en tenant compte des mesures de financement proposées dans le présent projet de loi, de l'opération de transfert à la CADES des déficits 2013 de la CNAV et du FSV en application des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, ainsi que de l'intégration dans le périmètre de cette reprise de dette des déficits des branches famille et maladie (dans la limite du plafond global de 62 Md€ et de 10 Md€ par an ; article 14 du présent PLFSS). Ce plafond d'emprunt permet d'assurer à l'ACOSS, dont le point bas est estimé à 32 Md€ environ, la possibilité de faire face aux aléas pesant sur son profil. Enfin, le plafond tire les conséquences du renforcement de la politique de gestion des risques financiers mise en œuvre par l'ACOSS dans un contexte marqué par un recours proportionnellement plus important aux instruments de marché dans sa stratégie de financement. Cette politique conduit en effet à immobiliser sur des comptes de secours de sommes empruntées au-delà des besoins journaliers pour sécuriser ainsi les versements des prestations.

Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 4,2 Md€, soit un niveau proche de celui fixé l'année dernière (4 Md€).

Il est par ailleurs proposé d'abaisser les plafonds applicables aux autres régimes (notamment 950 M€, après 1,45 Md€ en 2013 pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, 450 M€, après 750 M€ pour la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français, 440 M€ après 600 M€ pour la Caisse nationale des industries électriques et gazières). Ces évolutions

traduisent les efforts mis en œuvre dans les différents régimes spéciaux pour améliorer la gestion de trésorerie et limiter de manière systématique le recours à des ressources non permanentes.

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

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2014

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 27

① I. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, le mot : « six » est remplacé par le mot : « sept ».

② II. – L'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

③ 1° Au premier alinéa, le mot : « mentionnée » est remplacé par les mots : « ou d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionnés », après les mots : « d'opposition à la nouvelle convention », sont insérés les mots : « ou à l'accord » et après les mots : « un projet de convention », sont insérés les mots : « ou d'accord » ;

④ 2° Au quatrième alinéa, après les mots : « en vue d'élaborer une nouvelle convention », sont insérés les mots : « ou un nouvel accord » et après les mots : « à compter de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention », sont insérés les mots : « ou d'un nouvel accord ».

Exposé des motifs

Les nouveaux modes de rémunération ont pour objet de financer des équipes pluriprofessionnelles, engagées dans les projets de fonctionnement collectif et mobilisées autour d'objectifs de santé publique pour les patients qu'elles prennent en charge.

L'article 44 de la LFSS pour 2008 prévoyait la possibilité de mettre en place des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) dans les maisons et centres de santé à compter du 1er janvier 2008 et pour une durée de cinq ans maximum, soit jusqu'au 31 décembre 2012.

L'article 49 de la LFSS pour 2012 a prolongé cette expérimentation jusqu'au 31 décembre 2013 et prévu qu'à compter du 1er janvier 2014, la voie conventionnelle permettrait la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des ENMR.

À cet effet, l'article 45 de la LFSS pour 2013 a ouvert la possibilité de définir une rémunération d'équipe par accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Les négociations de l'ACI n'ayant pas encore débuté, la présente mesure vise à prolonger les ENMR jusqu'au 31 décembre 2014, afin d'assurer la continuité des expérimentations en cours.

Si la négociation conventionnelle est la voie privilégiée pour la généralisation de la rémunération d'équipe, la présente mesure prévoit, en cas d'échec de cette négociation, la possibilité d'un règlement arbitral approuvé par les ministres.

Article 28

① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 4011-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

③ « *Art. L. 4011-2.* – Les professionnels de santé peuvent soumettre à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. Ces derniers précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

④ « Ces protocoles sont accompagnés d'un modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés. Le contenu type de ce modèle économique est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.

⑤ « Après avoir vérifié que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional le directeur régional de l'agence régionale de santé en autorise la mise en œuvre par arrêté pris après avis conforme de la

Haute Autorité de santé et après avis du collège des financeurs prévu à l'article L. 4011-2-1. » ;

⑥ 2° Après l'article L. 4011-2, il est inséré trois articles L. 4011-2-1, L. 4011-2-2 et L. 4011-2-3 ainsi rédigés :

⑦ « *Art. L. 4011-2-1*. – Un collège des financeurs, composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'assurance maladie, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, émet, pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'agence régionale de santé, un avis portant sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et sa durée.

⑧ « Cet avis se fonde sur le modèle économique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2 ainsi que sur des critères définis par décret.

⑨ « Cet avis est transmis à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

⑩ « *Art. L. 4011-2-2*. – I. – Le financement dérogatoire des protocoles de coopération pour lesquels le collège des financeurs mentionné à l'article L. 4011-2-1 a donné un avis favorable peut être autorisé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée n'excédant pas trois ans, renouvelable une fois.

⑪ « En tant que de besoin, ce financement peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

⑫ « *a)* Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

⑬ « *b*) 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

⑭ « *c*) Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

⑮ « *d*) Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

⑯ « II. – Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de l'autorisation au

premier alinéa du I du présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

⑰ « *Art. L. 4011-2-3.* – I. – Six mois avant le terme d'un protocole de coopération, les professionnels de santé transmettent à l'agence régionale de santé les éléments, prévus par arrêté du ministre chargé de la santé, nécessaires à son évaluation.

⑱ « L'agence transmet ces éléments, accompagnés de son avis sur la pérennisation de ce protocole, à la Haute Autorité de santé et au collège des financeurs.

⑲ « II. – Sur la base des éléments transmis par l'agence et de l'avis de la Haute Autorité de santé, le collège des financeurs rend un avis sur le maintien et, le cas échéant, sur la prise en charge financière du protocole, soit à titre dérogatoire pour une durée définie, soit à titre pérenne par inscription aux nomenclatures. Dans le cas d'un avis favorable du collège des financeurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut maintenir le protocole ou le proroger pour une durée qu'il fixe.

⑳ « III. – Sur avis favorable du collège des financeurs, la Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé peut autoriser la mise en œuvre du protocole par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision. »

㉑ II. – À l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un dixième alinéa ainsi rédigé :

㉒ « 9° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 4011-2 du code de la santé publique sur l'efficience des protocoles de coopération autorisés par l'agence régionale de santé. »

Exposé des motifs

Les protocoles de coopération entre professionnels, promus par les agences régionales de santé, ne peuvent être autorisés qu'après examen par la Haute Autorité de santé (HAS).

La procédure actuelle d'examen se limite à se prononcer sur l'innocuité du protocole. Elle ne comporte pas d'appréciation du modèle économique de chaque protocole et ne s'assure donc ni de son financement effectif, ni de sa fiabilité financière.

En l'absence d'une telle analyse, certains protocoles de coopération peuvent faire l'objet d'un avis positif de la Haute Autorité de santé, et être ainsi autorisés par une ARS, sans être pour autant mis en œuvre, faute de modèle médico-économique et de financements adéquats.

Pour remédier à cette faiblesse, le présent article prévoit la mise en place d'un collège des financeurs qui émettra un avis sur le modèle médico-économique, qui devient ainsi une des conditions de l'autorisation du protocole, afin de permettre leur financement. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pourront décider d'un financement dérogatoire de ces protocoles.

Par ailleurs, pour favoriser des protocoles de qualité, le présent article instaure le principe d'une évaluation des protocoles autorisés au terme d'une durée déterminée par la HAS en fonction du protocole.

Article 29

① I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2014 et pour une période n'excédant pas quatre ans, dans des régions pilotes, portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, pour des patients pris en charge, d'une part, en ville, et, d'autre part, en structures médico-sociales par télé expertise, téléconsultation et télésurveillance.

② Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La liste des régions pilotes est définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

③ Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé. Les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les professionnels de santé, centres de santé, établissements de santé et établissements médico-sociaux volontaires peuvent participer à ces expérimentations.

④ II. – Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I, il peut être dérogé :

⑤ 1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité

sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

⑥ 2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 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 mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

⑦ 3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

⑧ 4° À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

⑨ 5° Aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

⑩ Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu aux articles L. 1435-8 et suivants du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique au sein de l'arrêté prévu au même article L. 1435-9. Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

⑪ III. – Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre de l'expérimentation définie au I et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale d'assurance maladie met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avéreraient nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémédecine dans le cadre de l'expérimentation.

⑫ IV. – Au terme de cette expérimentation, une évaluation sera réalisée par la Haute Autorité de santé, en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes d'assurance maladie, les

professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fera l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé.

Exposé des motifs

Le présent article autorise l'expérimentation du financement d'actes de télémédecine dans le but d'accélérer le déploiement de nouveaux usages de la télémédecine en ville et au sein de structures médico-sociales. Cette expérimentation poursuit un triple objectif :

– faciliter l'accès aux soins, notamment dans les zones sous-denses ou enclavées ;

– optimiser les parcours de santé, notamment des personnes âgées et handicapées ;

– renforcer l'efficience de la prise en charge pour les patients.

L'expérimentation porte sur le déploiement de la télémédecine pour les patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD notamment), sur plusieurs régions pilotes, sur une durée de quatre ans.

Cette expérimentation, fondée sur un cahier des charges national défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et dont le pilotage reposera fortement sur les agences régionales de santé, portera sur des activités de téléexpertise, de téléconsultation et de télésurveillance. Elle pourra notamment s'appliquer au suivi des plaies chroniques ou aux consultations dans les structures médico-sociales. L'évaluation de cette expérimentation sera conduite par la Haute Autorité de santé.

Elle nécessite de déroger aux règles de tarification de droit commun.

Article 30

① I. – Au premier alinéa de l'article L. 722-6 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 361-1 », sont insérés les mots suivants : « , ainsi qu'à celles prévues au 5° de l'article L. 321-1 selon les modalités prévues à l'article L. 722-8-2 ».

② II. – Après l'article L. 722-8-1 du même code, il est rétabli un article L. 722-8-2 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 722-8-2.* – Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou reprendre leur activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à leur grossesse. Cette incapacité temporaire de travail est constatée dans les conditions prévues au 5° de l'article L. 321-1.

④ « L'indemnité prévue au premier alinéa est accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité temporaire de travail et est due, pendant une période d'une durée fixée par décret, pour chaque jour ouvrable ou non. L'indemnité est servie dans les conditions et sous réserve des obligations prévues à l'article L. 323-6.

⑤ « Les modalités d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa, le délai et la durée maximale de versement mentionnés au deuxième alinéa, sont fixées par décret.

⑥ « L'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa n'est pas cumulable avec l'indemnité journalière mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 722-8. »

Exposé des motifs

Le présent article vise à renforcer l'attractivité des professions libérales de santé pour les jeunes femmes relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) en améliorant leur protection sociale durant la grossesse.

Les femmes affiliées à ce régime bénéficient à l'occasion de leurs maternités d'une indemnité de repos forfaitaire pendant une période démarrant six semaines avant l'accouchement et se terminant dix semaines après celui-ci (ces durées étant adaptées en cas de naissances multiples ou à compter du troisième enfant). À l'instar de ce qui existe pour les salariées du régime général, en cas de grossesse pathologique, le congé maternité accordé à ces femmes peut être précédé d'un repos supplémentaire de deux semaines indemnisé au titre de la maternité.

Toutefois, lorsqu'elles sont dans l'incapacité d'exercer leur profession du fait d'une grossesse difficile, en dehors de ce délai, elles ne bénéficient d'indemnités qu'à compter du 91e jour d'arrêt (seuil de déclenchement du régime d'invalidité des professions libérales). Or les femmes enceintes

affiliées au régime général peuvent bénéficier d'indemnités journalières pour maladie dans ce cas de figure.

Il est donc proposé de créer un régime d'indemnité journalière maladie au profit des femmes enceintes subissant une incapacité temporaire d'activité du fait de difficultés médicales liées à leur grossesse qui permettra le versement d'indemnités au cours des quatre-vingt-dix premiers jours d'arrêt. L'indemnisation sera forfaitaire et versée après un délai de carence.

Article 31

① I. – L'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Au deuxième alinéa, les mots : « et que ce dépassement résulte de pratiques de prescriptions non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1 » sont supprimés ;

③ 2° Au sixième alinéa, les mots : « lui enjoint » sont remplacés par les mots : « peut lui enjoindre ».

④ II. – L'article 64 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est abrogé.

⑤ III. – A. – De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1er janvier 2014 et pour une période n'excédant pas trois ans, par des établissements de santé volontaires pour les transports de patients au départ ou à destination de ces établissements, autres que les transports d'urgence régulés par les services d'aide médicale urgente.

⑥ Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficients en proposant au patient le mode de transport le moins onéreux compatible avec son état de santé, de contribuer à l'amélioration de l'organisation des soins ou examens délivrés dans un même établissement de santé et d'optimiser l'utilisation des véhicules de transport des patients.

⑦ B. – L'expérimentation est mise en place dans un établissement de santé par la conclusion d'une convention entre l'établissement de santé expérimentateur, les organismes locaux d'assurance maladie et l'agence

régionale de santé, après consultation des organisations professionnelles nationales du transport sanitaire et des taxis représentées localement. Elle porte sur l'ensemble des transports des patients de l'établissement réalisés par des entreprises de transports sanitaires agréées et par des entreprises de taxis conventionnées.

⑧ Pour participer à une expérimentation menée par un établissement de santé, une entreprise de transports sanitaires agréée ou une entreprise de taxis conventionnée doit adhérer à la convention la régissant. Cette convention n'entre en vigueur que lorsque le nombre d'entreprises signataires garantit la disponibilité d'un parc de véhicules adapté au volume et aux conditions de transport définis par l'établissement expérimentateur.

⑨ Par dérogation au 2° de l'article L. 321-1, les transports de patient effectués par des entreprises de transports sanitaires et de taxis en dehors des conditions d'organisation définies dans la convention ou par des entreprises n'ayant pas adhéré à la convention ne sont pas pris en charge par les régimes d'assurance maladie à l'exception de ceux régulés par les services d'aide médicale urgente.

⑩ L'agence régionale de santé fixe la liste des établissements de santé entrant dans le champ de chaque expérimentation. Elle peut enjoindre aux établissements qui donnent lieu au constat mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale de mettre en œuvre l'expérimentation définie au présent article.

⑪ Le directeur général de l'agence régionale de santé peut attribuer un financement à l'établissement de santé pour le lancement de l'expérimentation. En cas de constatation d'une réduction des dépenses de transport au cours de l'expérimentation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut allouer une dotation d'intéressement à l'établissement de santé. Les sommes attribuées pour le lancement des expérimentations et les dotations d'intéressement sont financées par le fonds d'intervention régional.

⑫ C. – La convention d'expérimentation détermine :

⑬ 1° Les modalités d'organisation des transports assurés au départ ou à destination de l'établissement expérimentateur, autres que les transports d'urgence régulés par les services d'aide médicale urgente ;

⑭ 2° Les obligations des établissements de santé et des entreprises réalisant le transport des patients ainsi que les pénalités versées en cas de manquement à ces obligations ;

⑮ 3° Les conditions d'attribution d'un financement de lancement et de dotations d'intéressement des établissements de santé par l'agence régionale de santé ;

⑯ 4° Les modalités selon lesquelles les entreprises de transport sanitaire et les entreprises de taxis adhèrent à la convention mentionnée au 2° ;

⑰ 5° Les conditions d'interruption de l'expérimentation avant le terme de trois ans et de retour aux modalités de financement de droit commun ;

⑱ 6° Les conditions dans lesquelles l'expérimentation prend fin à son échéance triennale et celles permettant le retour aux modalités de financement de droit commun.

⑲ D. – Chaque expérimentation menée par un établissement de santé fait l'objet d'une évaluation annuelle conduite par l'agence régionale de santé. Le dispositif expérimental mis en place en application du présent article fait l'objet d'un rapport d'évaluation du Gouvernement qui est transmis au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2019.

⑳ E. – Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation et les modalités de financement et d'intéressement prévues par la convention mentionnée au B.

Exposé des motifs

Les prescriptions de transport réalisées pour les patients pris en charge en établissement de santé et remboursées en ville représentent plus de 60 % de l'ensemble des prescriptions de transport, soit 2 Md€ en 2012. Cette dépense est en augmentation régulière depuis plusieurs années et devrait progresser de 3,8 % en 2013.

Cette progression résulte notamment du développement des activités ambulatoires (médicales ou chirurgicales) ou du regroupement de plateaux techniques hospitaliers.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a instauré un mécanisme de régulation de cette dépense en incitant à la contractualisation entre les établissements de santé, les agences régionales de santé et les caisses

primaires d'assurance maladie. Ce dispositif prévoyait des objectifs de réduction du taux d'évolution des dépenses de transports et d'optimisation des bonnes pratiques de prescription sur des établissements ciblés.

Le présent article vise tout d'abord à renforcer le dispositif juridique pour permettre aux agences régionales de santé d'intervenir plus efficacement dans ce domaine.

Il prévoit également la mise en œuvre d'expérimentations de nouveaux modes d'organisation des transports de patients réalisés par des entreprises de transports sanitaires agréées ou des taxis conventionnés. Ces expérimentations auront pour objectif de développer des modes de transports plus efficients.

Elles reposeront sur une convention entre l'établissement de santé, la caisse primaire d'assurance maladie et l'agence régionale de santé, après consultation des organisations professionnelles nationales du transport sanitaire et des taxis représentées localement.

Article 32

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 221-1-1 est abrogé ;

③ 2° Après le 8° de l'article L. 221-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

④ « 9° D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues à l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4 du même code. »

⑤ II. – L'article L. 1433-1 du code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :

⑥ « Il définit les orientations stratégiques relatives aux actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Les aides attribuées aux actions et expérimentations ainsi qu'à leur évaluation sont financées par une dotation des régimes d'assurance maladie fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. »

⑦ III. – Au deuxième alinéa de l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots : « , dont le montant » sont remplacés par les mots : « composée de deux parts, l'une au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement du centre et l'autre au titre du financement des contrats d'engagement de service public. Le montant de la dotation ».

Exposé des motifs

Le fonds d'intervention régional (FIR) assume aujourd'hui la plupart des missions jusque-là dévolues au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

En conséquence, le présent article supprime, par souci de simplification, le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), tout en organisant le financement des missions nationales qu'il conservait :

– les dotations qu'il verse à l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP-santé) et au centre national de gestion chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, des directeurs des soins et des praticiens hospitaliers (CNG) seront désormais versées directement par la CNAMTS à ces opérateurs ;

– l'enveloppe finançant les actions nationales concourant à l'amélioration de la qualité et la coordination des soins sera attribuée par la CNAMTS, sur la base des orientations stratégiques définies par le conseil national de pilotage (CNP) des agences régionales de santé (ARS) et après avis du conseil de l'UNCAM et de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS).

Article 33

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Après l'article L. 162-22-8, il est inséré un article L. 162-22-8-1 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 162-22-8-1.* – Les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par des établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population et répondant à des critères d'isolement géographique, peuvent être financées selon des modalités dérogatoires aux

dispositions des articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10 lorsque les prestations d'hospitalisation qu'ils assurent et leur situation financière le justifient. Ces modalités de financement, les critères permettant de caractériser ces zones, ainsi que les critères d'éligibilité des établissements tenant à la nature des prestations d'hospitalisation qu'ils assurent et à leur situation financière sont déterminées par décret en Conseil d'État.

④ « La liste des établissements auxquels s'appliquent les modalités de financement définies au premier alinéa est fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale sur proposition, pour chaque région, du directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

⑤ 2° L'article L. 162-26-1 est ainsi modifié :

⑥ *a)* Les mots : « pour assurer des activités de soins » et les mots : « afférents à ces activités » sont supprimés ;

⑦ *b)* Après les mots : « les honoraires », sont ajoutés les mots : « liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens » ;

⑧ 3° *a)* Après l'article L. 162-22-9-1, il est inséré un article L. 162-22-9-2 ainsi rédigé :

⑨ « *Art. L. 162-22-9-2.* – L'État peut fixer, pour tout ou partie des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volumes d'activité.

⑩ « Lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation d'hospitalisation d'un établissement de santé soumise aux dispositions du premier alinéa est supérieur au seuil fixé en application de celui-ci, le tarif national mentionné au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicable à la prestation concernée est, pour la part d'activité réalisée au-delà de ce seuil par l'établissement, minoré.

⑪ « Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article, notamment les critères pris en compte pour fixer les seuils, les modalités de mesure de l'activité et de minoration des tarifs ainsi que les conditions de mise en œuvre des minorations après constatation du dépassement du seuil fixé pour une activité. » ;

⑫ *b)* Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

⑬ – il est inséré un 5° ainsi rédigé :

⑭ « 5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2. » ;

⑮ – au dernier alinéa, les mots : « mentionnés au 2° » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 2° et 5° ».

Exposé des motifs

Le présent article constitue une première étape dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification hospitalière. Les adaptations du modèle proposées sont issues des réflexions des acteurs hospitaliers, réunis au sein du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH).

Le modèle actuel de financement des établissements de santé ne permet en effet pas suffisamment de répondre aux enjeux de mise en œuvre d'objectifs de santé publique ou au déploiement de stratégies régionales de réponse aux besoins de santé des populations dans le cadre des projets régionaux de santé. Il convient donc de le faire évoluer.

Ainsi, le présent article prévoit tout d'abord que des établissements de santé qui, en raison de leur implantation dans des territoires peu denses ou isolés, sont dans une situation où le modèle commun de financement ne leur apporte pas un niveau de recettes adapté à leurs charges, et dont l'activité est nécessaire pour garantir l'accès aux soins de la population, peuvent bénéficier, sur décision nationale, d'un financement adéquat. Un décret en Conseil d'État fixera les critères d'éligibilité au financement.

Il permet ensuite la facturation de consultations externes par des médecins salariés d'établissements privés, qui ne sont aujourd'hui pas facturables à l'assurance maladie, ce qui pose des problèmes d'accessibilité à une offre spécialisée. En effet, le nombre de praticiens spécialistes exerçant à titre libéral, notamment en médecine physique et de réadaptation, est insuffisant et il apparaît donc nécessaire de permettre aux praticiens salariés des établissements de répondre aux besoins.

Il introduit enfin la possibilité d'un mécanisme de dégressivité des tarifs nationaux pour certaines prestations d'hospitalisation des établissements de santé.

Article 34

① I. – A. – Des expérimentations peuvent être menées à compter du 1er juillet 2014 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge

des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique et relevant de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

② Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il est dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, 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 même code 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 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 et 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 mentionnés au I de l'article L. 313-12 du même code.

③ B. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre des expérimentations, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire, et, le cas échéant, médico-social et social des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

④ Le contenu de chaque projet pilote est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur proposition d'une ou plusieurs agences régionales de santé. Le cahier des charges détermine les catégories d'établissements de santé et médico-sociaux et de professionnels de santé participant au projet pilote. Le projet pilote est mis en œuvre par le biais d'une convention conclue entre la ou les agences régionales de santé concernées, les établissements de santé et médico-sociaux et les professionnels de santé pour la durée de l'expérimentation.

⑤ C. – En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation des projets pilotes est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement.

⑥ II. – A. – Une expérimentation peut être menée à compter du 1er mars 2014 et pour une période n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe et relevant de l'article L. 324-1. La liste des affections concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

⑦ Participent à l'expérimentation les titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par radiothérapie pour les affections concernées, au titre des articles L. 6122-1 et L. 6122-3 du code de la santé publique.

⑧ Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13, aux conditions de rémunération des médecins prévues à l'article L. 162-2, ainsi qu'aux règles relatives aux relations conventionnelles entre les médecins et les organismes d'assurance maladie fixées aux articles L. 162-5 à L. 162-5-17.

⑨ B. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

⑩ C. – En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement.

Exposé des motifs

La stratégie nationale de santé a notamment pour objectif de promouvoir une approche de la prise en charge des patients articulée autour de la notion de parcours de soins.

L'enjeu est de coordonner les différentes étapes de la prise en charge des patients, notamment pour ceux qui sont atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques. Il s'agit de garantir une qualité de soins optimale et d'éviter les aléas de traitement liés au manque de coordination entre les professionnels ou les établissements de santé.

Le présent article vise à expérimenter de nouveaux modes de financement qui doivent contribuer à l'optimisation du parcours de soins des patients, en faveur à la fois d'une meilleure qualité de prise en charge et d'une optimisation des dépenses d'assurance maladie. Ces expérimentations concerneront l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie, deux prises en charges sur lesquelles des limites ont été identifiées par les professionnels et pour lesquelles existent des recommandations de bonne pratique.

Pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, les états généraux du rein, organisés en 2013, ont posé un diagnostic consensuel des difficultés de suivi des patients atteints d'insuffisance rénale chronique, notamment de ceux en phase 4 de la maladie, confrontés au risque d'une défaillance rénale aggravée et au besoin d'une technique de suppléance (dialyse ou greffe rénale). Les parcours de soins de ces patients sont parfois désorganisés, génèrent une discontinuité des soins, des prises en charge en urgences évitables, et globalement des défauts d'orientation et d'accompagnement vers le meilleur traitement possible.

Concernant le traitement du cancer par radiothérapie, le mode de financement actuel, qui rémunère les établissements ou les professionnels de santé sur la base de la séance ou de la dose totale, n'incite pas à l'optimisation des prises en charge.

Dans le cas particulier du cancer du sein et du cancer de la prostate, les techniques ont évolué et les pratiques se sont adaptées. Elles peuvent se fonder, selon l'état du patient et les objectifs du traitement, sur des protocoles médicaux qui comprennent un nombre de séances de radiothérapie limité.

En conséquence, pour ces deux affections cancéreuses, la mesure vise dans un premier temps à élaborer un modèle intégré de financement qui ne sera pas fondé sur la séance ou sur la dose totale d'irradiation, mais pourra comprendre tous les paramètres du traitement itératif du cancer par radiothérapie dispensé au patient.

Pour ces deux expérimentations, un décret devra préciser, après concertation avec les professionnels et sociétés scientifiques concernés, les modalités précises de déploiement du mode de financement dérogatoire.

Article 35

① I. – Après l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 174-1-2 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 174-1-2.* – Une part du montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 peut être transférée, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, vers le fonds d'intervention régional mentionné aux articles L. 1435-8 et L. 1435-9 du code de la santé publique. De la même manière, une part du montant du fonds d'intervention régional dont la gestion est déléguée à l'agence régionale de santé peut être transférée vers la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1. Ces transferts ne peuvent conduire à ce que l'une ou l'autre des dotations concernées soit diminuée au-delà d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans la limite de 1 % du montant des dotations régionales concernées.

③ « Les transferts réalisés en cours d'année sont pris en compte en fin d'année par correction, d'une part, du montant de l'objectif mentionné à l'article L. 174-1-1 du même code et, d'autre part, de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique. »

④ II. – Le 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique est complété d'une phrase ainsi rédigée :

⑤ « Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

La stratégie nationale de santé fixe pour principe la subsidiarité entre le niveau national de pilotage de notre système de santé et les agences régionales de santé. La fongibilité, c'est-à-dire la capacité pour le directeur général de l'agence régionale de santé d'allouer des ressources en fonction des besoins de santé identifiés dans les territoires, indépendamment des enveloppes auxquelles elles sont rattachées, est un levier majeur qui mérite d'être développé. Elle permet par exemple la transformation d'un service de médecine en service de soins de suite ou d'un service d'hospitalisation en psychiatrie en maison d'accueil spécialisée.

Si ce dispositif existe, il apparait comme trop restrictif et ne permettant pas de réaliser ces opérations avec la souplesse requise. En conséquence l'article autorise les directeurs généraux des agences régionales de santé à transférer des crédits entre les dotations régionales, dotation annuelle de financement (DAF) et fonds d'intervention régional (FIR), sans que cette opération ne soit rattachée à un transfert ou à une création d'activités. Ce dispositif, qui constitue une amorce vers plus de souplesse de gestion au niveau régional, est encadré par un taux de transfert autorisé dans la limite de 1 % des dotations.

Article 36

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° À l'article L. 162-22-14, les mots : « ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie » sont supprimés ;

③ 2° L'article L. 162-22-15 est ainsi modifié :

④ *a)* Après les mots : « sont versés » sont ajoutés les mots suivants : « aux établissements mentionnés aux *a*, *b*, *c* de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au *d* du même article, d'autre part, » ;

⑤ *b)* Le deuxième alinéa est supprimé ;

⑥ 3° À l'article L. 174-2, le deuxième alinéa et les mots : « et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations » sont supprimés ;

⑦ 4° Au dernier alinéa de l'article L. 174-12, les mots : « et répartie entre les régimes » sont supprimés ;

⑧ 5° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 174-15-1 est supprimé ;

⑨ 6° Le chapitre V du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 175-2 ainsi rédigé :

⑩ « *Art. L. 175-2.* – Les sommes versées au titre des forfaits et des dotations annuels mentionnés aux articles L. 162-22-15, L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-12 et L. 174-15-1 sont réparties entre les régimes d'assurance maladie selon des coefficients fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé en fonction des charges observées pour chacun des régimes dans le système commun d'information mentionné à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique pour le dernier exercice connu. »

⑪ II. – L'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :

⑫ 1° Au dernier alinéa du I, après les mots : « au plus tard le 1er mars 2016 », sont insérés les mots : « pour les actes et consultations externes et au plus tard le 1er mars 2018 pour les autres prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire » ;

⑬ 2° Il est rétabli un VII ainsi rédigé :

⑭ « VII. – Jusqu'à la date de fin de dérogation prévue au I, les dispositions de l'article L. 175-3 du code de la sécurité sociale s'appliquent également aux dépenses liées aux prestations d'hospitalisation. »

⑮ III. – Les dispositions du I et du 2° du II entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2014 et s'appliquent, le cas échéant, à la régularisation comptable de l'exercice 2013 faite en 2014.

Exposé des motifs

Actuellement, les établissements de santé facturent à l'assurance maladie, les actes et consultations externes ou les séjours sur une base mensuelle et globale. Sur cette base, l'objectif central de la facturation directe (FIDES) est d'une part d'instaurer un dispositif permettant de gagner en visibilité sur la valorisation de l'activité hospitalière et d'autre part de faciliter le rapprochement des dépenses engagées en ville et à l'hôpital pour un même assuré.

Les expérimentations en cours, qui portent uniquement sur les actes et consultations externes, permettent d'envisager une généralisation du dispositif pour 2016. En revanche, la mise en œuvre du dispositif pour les séjours hospitaliers est plus complexe car elle représente un défi majeur sur le plan technique et de l'organisation, notamment en matière de systèmes d'information. Il sera donc nécessaire de travailler à la résolution de ces difficultés et de conduire des expérimentations avant d'envisager une généralisation, ce qui suppose de repousser la date de généralisation de la facturation directe des séjours à 2018.

Par ailleurs, les modalités opérationnelles de répartition des charges hospitalières entre les régimes d'assurance maladie, telles qu'utilisées actuellement dans l'attente de cette généralisation de la facturation directe, prennent mal en compte les changements qu'a entraînés le passage d'un financement par dotation globale à un financement à l'activité pour les

établissements « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ». Les références et les modalités de calcul utilisées ne correspondent pas aux évolutions intervenues lors du passage de la dotation globale à la tarification à l'activité.

Ce constat a été souligné par la Cour des comptes dans son rapport sur la certification des comptes de la CNAMTS pour l'exercice 2012 ; elle a par ailleurs indiqué que la méthode de répartition actuelle était appliquée sur une source d'information non exhaustive et non contrôlée.

Le présent article propose donc également de fiabiliser et de simplifier la répartition des charges hospitalières entre les régimes d'assurance maladie en s'appuyant sur les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Article 37

① I. – À titre expérimental et pour une période de quatre ans, la délivrance dans des officines de pharmacie des médicaments à usage humain appartenant à la classe des antibiotiques se fait à l'unité, lorsque leur forme pharmaceutique le permet.

② II. – Un décret détermine pour ces médicaments les conditions de désignation des officines des régions retenues pour participer à cette expérimentation. Il définit en outre pour les médicaments concernés les modalités de délivrance, de conditionnement, d'étiquetage et de traçabilité. Il détermine en fonction du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, les règles de fixation du prix à l'unité de vente au public, de prise en charge par l'assurance maladie, de facturation et prévoit les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre.

③ III. – L'expérimentation fera l'objet d'une évaluation selon des modalités fixées par le décret prévu au II du présent article.

④ IV. – Le Gouvernement présente au Parlement au plus tard le 31 juillet 2017 un rapport dressant le bilan de l'expérimentation prévue au présent article, notamment au regard de son impact sur les dépenses et le bon usage des médicaments concernés.

Exposé des motifs

Alors qu'un rapport de l'inspection générale des affaires sociales a estimé qu'un médicament remboursé sur deux n'est pas consommé, des stocks dormants au domicile des patients entraînent une automédication inappropriée à partir des médicaments restants. En outre, la délivrance de médicaments au-delà du traitement prescrit a également un impact environnemental non négligeable et pose la question de leur coût pour l'assurance maladie.

La délivrance des médicaments à l'unité apparaît comme une réponse possible à ces problèmes. Elle a d'ores et déjà été adoptée par l'Espagne, l'Allemagne, la Suède, la Belgique, le Royaume-Uni, l'Islande et les États-Unis où elle est généralement ciblée sur certains médicaments et accompagnée de règles de bonne pratique. En France, elle est effective dans les établissements de santé et dans certains EHPAD disposant d'une pharmacie à usage intérieur et elle est obligatoire en officine de ville pour les médicaments stupéfiants (article R. 5132-33 du code de la santé publique).

C'est pourquoi il est proposé d'expérimenter la dispensation à l'unité de façon ciblée sur les antibiotiques. En effet, leur consommation en dehors des prescriptions et la diffusion dans l'environnement posent des problèmes particuliers de santé publique liés notamment au développement des résistances à ces substances essentielles.

Cette expérimentation aura pour but de mesurer l'impact médico-économique de la délivrance à l'unité en mesurant notamment les économies dégagées pour l'assurance maladie. Son caractère limité permettra de circonscrire les difficultés pratiques liées à cette forme de délivrance et de les résoudre dans un cadre empirique avant une éventuelle extension à l'ensemble du territoire national.

Article 38

① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Le 15° de l'article L. 5121-1 est modifié dans les conditions suivantes :

③ *a)* Avant les mots : « Sans préjudice », il est inséré la mention : « *a)* » ;

④ *b)* Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

⑤ « Un médicament biologique ne peut être qualifié de médicament biologique de référence que si son autorisation a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation ;

⑥ « *b)* Groupe biologique similaire, le regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires, tels que définis au *a* du 15°. Ils sont regroupés au sein du répertoire des groupes biologiques similaires. » ;

⑦ 2° L'article L. 5121-10-2 est ainsi modifié :

⑧ *a)* Au premier alinéa, les mots : « 15° de l'article L. 5121-1 » sont remplacés par les mots : « au *a* du 15° de l'article L. 5121-1 » ;

⑨ *b)* Au troisième alinéa, avant les mots : « la commercialisation », il est inséré une phrase ainsi rédigée :

⑩ « Le directeur général de l'agence procède à l'inscription du médicament biologique similaire dans le répertoire des groupes biologiques similaires prévu au *b* du 15° de l'article L. 5121-1 au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence. » ;

⑪ *c)* Au dernier alinéa, après les mots : « présent article », sont insérés les mots : « à l'exception du troisième alinéa » ;

⑫ 3° À l'article L. 5121-20, il est ajouté un 19° ainsi rédigé :

⑬ « 19° La procédure d'inscription au répertoire des groupes biologiques similaires mentionné au *b* du 15° de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2 » ;

⑭ 4° Après l'article L. 5125-23-1, il est inséré un article L. 5125-23-2 ainsi rédigé :

⑮ « *Art. L. 5125-23-2.* – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire, lorsque les conditions suivantes sont remplies :

⑯ « 1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire mentionné au *b* du 15° de l'article L. 5121-1 ;

⑰ « 2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ;

⑱ « 3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite ;

⑲ « 4° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.

⑳ « Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.

㉑ « Le pharmacien assure la dispensation de ce même médicament biologique lors du renouvellement de la prescription ou d'une nouvelle ordonnance de poursuite de traitement.

㉒ « Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement.

㉓ « Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, sont précisées par décret en Conseil d'État. »

㉔ II. – Au cinquième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « article L. 5125-23 », sont ajoutés les mots : « ou de l'article L. 5125-23-2 » et les mots : « la plus chère » sont remplacés par les mots : « ou du médicament biologique similaire le plus cher ».

Exposé des motifs

Cette mesure vise à promouvoir la diffusion des médicaments biologiques similaires ou « biosimilaires ».

Les pertes imminentes de brevet de certains médicaments issus de biotechnologies et l'arrivée sur le marché de leurs biosimilaires représentent un potentiel d'économies non négligeable.

Il convient de permettre à la collectivité, non seulement de tirer pleinement profit de ces chutes de brevet, mais aussi de garantir la sécurité de l'utilisation des médicaments biosimilaires pour le patient.

Pour cela, il est prévu que l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) établisse un répertoire dit « des groupes biologiques similaires » assorti d'éventuelles mises en garde ou restrictions complémentaires pour chaque produit. Ce répertoire permettra d'informer les prescripteurs de l'existence de ces médicaments et donc de les inviter à les prescrire.

En complément, la mesure autorise la substitution par les pharmaciens de biosimilaires au médicament biologique de référence prescrit, dès lors qu'il appartient au même groupe biologique similaire, mais uniquement en initiation de traitement (c'est-à-dire à l'occasion de la première délivrance) ou afin de permettre la continuité d'un traitement initié avec le même médicament biologique similaire. Il est également prévu que cette substitution offre, notamment à travers l'entretien avec le patient qui accompagne la délivrance d'un médicament, le renseignement du dossier pharmaceutique et l'information entre le pharmacien et le prescripteur, toutes les garanties permettant de la sécuriser et d'assurer au patient la continuité de son traitement avec le même médicament biologique.

Article 39

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :

③ *a)* Au premier alinéa, après les mots : « du code de la santé publique », sont insérés les mots : « ou pris en charge en application des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 » ;

④ *b)* Au dernier alinéa, les mots : « ce dernier demande au » et : « de reverser » sont respectivement remplacés par les mots : « le » et : « reverse » et les mots : « tout ou partie de » sont supprimés ;

⑤ 2° Après l'article L. 162-16-5-1, il est inséré un article L. 162-16-5-2 ainsi rédigé :

⑥ « *Art. L. 162-16-5-2.* – Un médicament qui, préalablement à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets ou de la date de fin d'octroi de l'autorisation temporaire d'utilisation fixée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques. Seul peut être pris en charge à ce titre un médicament utilisé au profit de patients traités dans les indications ayant bénéficié de l'autorisation temporaire d'utilisation, pour lesquelles il n'existe pas d'alternative thérapeutique appropriée et qui sont mentionnées dans l'autorisation de mise sur le marché ou font l'objet d'une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation.

⑦ « Par dérogation à l'alinéa précédent, lorsque le traitement a été initié au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation dans une indication non mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché, la prise en charge du médicament est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.

⑧ « La prise en charge mentionnée aux deux alinéas précédents dure jusqu'à ce qu'une décision relative à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code ou aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ait été prise et, le cas échéant, jusqu'à ce que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix ait été publié.

⑨ « Les dispositions du présent article cessent de s'appliquer si aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 n'a été déposée, pour le médicament considéré, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché. »

⑩ II. – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2014. Les spécialités ayant bénéficié des dispositions de l'article 24 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé et pour lesquelles aucune décision n'a été prise, au titre de leur autorisation de mise sur le marché, sur leur inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa de

l'article L. 5123-2 du même code ou sur une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, continuent à bénéficier des dispositions de cet article jusqu'au 1er août 2014.

Exposé des motifs

Permettre et prendre en charge l'accès précoce à certains médicaments pour certains patients est une spécificité française.

Les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) octroyées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) garantissent ainsi l'accès des patients à des médicaments qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché.

Aujourd'hui, dans le cadre d'un dispositif expérimental qui s'achève en décembre 2013, les médicaments ayant bénéficié d'une ATU et utilisés pendant la période suivant l'octroi de l'AMM sont facturés à prix libres à l'assurance maladie.

La présente mesure vise à pérenniser ce dispositif tout en l'amendant au vu des difficultés qui ont été identifiées : délai de prise en charge limité à sept mois, qui s'avère inadapté au besoin de certains patients et génère un risque d'interruption de traitement, insuffisance de l'encadrement financier de la prise en charge.

Le présent article pérennise la prise en charge par l'assurance maladie de ces traitements entre l'octroi de l'AMM et la fixation du prix par le comité économique des produits de santé (CEPS). Il précise le champ des patients concernés et garantit la continuité des soins pour les patients ayant bénéficié d'une ATU, y compris pour une indication finalement non mentionnée dans l'AMM, à l'exception de celles refusées en raison d'un rapport bénéfice-risque défavorable.

Enfin, il permet de maîtriser le coût de ce dispositif pour l'assurance maladie, par un dispositif de reversement obligatoire si le prix fixé par le CEPS est inférieur au montant jusqu'alors facturé par le laboratoire aux établissements de santé.

Article 40

① Il est ajouté à la section 1 du chapitre VIII du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale un article L. 138-9-1 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 138-9-1.* – Tout fournisseur des officines de spécialités génériques définies au *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est tenu de déclarer au comité économique des produits de santé mentionné à l'article L. 162-17-3 du présent code les montants totaux, par année civile et par spécialité pharmaceutique, des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties, conformément à l'article L. 138-9 du présent code, au titre des ventes de ces spécialités pharmaceutiques remboursables aux officines de pharmacie.

③ « Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis ou lorsque cette déclaration s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par le fournisseur au titre du dernier exercice clos. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.

④ « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.

⑤ « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

⑥ « Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au comité économique des produits de santé.

⑦ « Les modalités et délais de déclaration des montants des chiffres d'affaires et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties ainsi que les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État. »

Exposé des motifs

Les tarifs des médicaments génériques sont négociés par le comité économique des produits de santé (CEPS) ; les pharmaciens d'officine peuvent toutefois bénéficier de remises commerciales dans la limite de 17 % du prix fabricant hors taxes, alors que le taux maximal de remise est limité à 2,5 % dans le cas des médicaments princeps. Cette disposition particulière participe de la politique de développement du générique dans notre pays. Toutefois, le prix réel d'achat de ces médicaments par les pharmaciens est mal connu.

Il s'agit de mettre en œuvre un dispositif de transparence sur les remises obtenues par les pharmaciens, pour permettre au CEPS de faire évoluer les tarifs des médicaments génériques sur des bases plus proches des prix réellement pratiqués par les laboratoires. La mesure vise donc à instaurer une déclaration des remises accordées aux pharmaciens pour chacune des spécialités génériques.

La déclaration sera faite auprès du CEPS, qui pourra prononcer une pénalité en cas de non-déclaration ou d'erreur manifeste de cette déclaration. Un contrôle des déclarations pourra également être mené par les URSSAF.

Article 41

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② I. – L'article L. 162-22-7 est ainsi modifié :

③ 1° Au début de l'article, il est inséré un : « I. » ;

④ 2° Il est ajouté un « II. – » ainsi rédigé :

⑤ « II. – Lorsque l'agence régionale de santé constate, notamment sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au I, au sein d'un établissement de santé, des prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, elle peut conclure un avenant annuel au contrat mentionné au I comportant les mesures nécessaires à l'amélioration et à une plus grande efficience des pratiques de prescription de cet établissement pour les produits concernés.

⑥ « En cas de refus de l'établissement de signer l'avenant mentionné au précédent alinéa ou en cas de non-respect manifeste de ces dispositions, l'agence régionale de santé peut, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations et en tenant compte des manquements constatés, prononcer la réduction du remboursement de 10 % de la part prise en charge par l'assurance maladie pour une durée d'un an. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant du I, dans la limite maximale de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.

⑦ « Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret. »

⑧ II. – L'article L. 162-22-7-2 est abrogé. Ses dispositions continuent de s'appliquer aux plans d'actions conclus avant la date de publication de la présente loi jusqu'à leur échéance.

Exposé des motifs

Les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) financés en sus des prestations d'hospitalisation représentent des montants de dépenses élevés avec une croissance importante.

La régulation de leur utilisation dans les établissements de santé est effectuée par les agences régionales de santé. Pour assurer ce pilotage, elles disposent de deux dispositifs distincts : le contrat de bon usage (CBU), outil de régulation qualitative des prescriptions, et un dispositif de régulation quantitative, économique, reposant sur un taux national annuel des dépenses au-delà duquel les prescriptions de l'établissement concerné sont contrôlées.

Il est nécessaire de simplifier cette procédure de gestion pour en optimiser l'efficience administrative et économique.

La gestion des produits de la liste en sus par les ARS sera ainsi simplifiée au travers d'un outil contractuel unique, qualitatif et quantitatif.

Les ARS disposeront ainsi d'une plus grande souplesse d'appréciation des situations propres à chaque établissement ce qui devrait permettre de développer le nombre d'établissements concernés et de diminuer les dépenses de ces établissements au titre de la liste en sus.

Article 42

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② I. – Après l’article L. 162-1-7-2, il est rétabli un article L. 162-1-8 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 162-1-8.* – En l’absence de hiérarchisation par la commission prévue au deuxième alinéa de l’article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l’Union nationale des caisses d’assurance maladie de l’avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, d’un acte innovant ne relevant pas de l’article L. 162-1-7-1 et dont l’inscription sur la liste prévue à l’article L. 162-1-7 est nécessaire à l’utilisation ou à la prise en charge par l’assurance maladie d’un des produits de santé définis à l´article L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, l’Union nationale des caisses d’assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation de cet acte.

④ « Lorsqu’il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa, la décision d’inscription de cet acte est adressée par l’Union nationale des caisses d’assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l’expiration du délai mentionné à l’alinéa précédent.

⑤ « En l’absence de décision de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie dans le délai mentionné au deuxième alinéa, l’Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.

⑥ « Les modalités d’application du présent article, notamment la définition de l’acte innovant, fondée notamment sur l’amélioration du service attendu de l’acte, sont déterminées par décret en Conseil d’État. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret. »

⑦ II. – L’article L. 162-1-7-1 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

⑧ « En l’absence de décision d’inscription des actes innovants dont l’inscription sur la liste prévue à l’article L. 162-1-7 est nécessaire à l’utilisation ou à la prise en charge par l’assurance maladie d’un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l’Union nationale des caisses d’assurance maladie de l’avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l’article L. 162-1-7, l’Union nationale des caisses d’assurance maladie en précise les motifs aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

⑨ « Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'État. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret. »

Exposé des motifs

Le Gouvernement s'est engagé, dans le cadre des travaux du conseil stratégique des industries de santé (CSIS) et du comité stratégique de filière (CSF), à accélérer la mise à disposition des produits de santé et des actes innovants dûment évalués, en particulier dans le secteur des dispositifs médicaux (DM), pour mieux répondre aux besoins sanitaires.

Une des priorités identifiées dans ce cadre porte sur les circuits d'inscription et de tarification des actes innovants associés à ces dispositifs médicaux : les délais d'inscription et de tarification de ces actes peuvent atteindre plusieurs années, retardant ainsi l'accès des patients à l'innovation.

Cet article vise à assurer une inscription plus rapide à la nomenclature pour les nouveaux actes innovants associés aux produits de santé (par exemple actes associés à des dispositifs médicaux ou tests compagnons). L'enjeu est que la procédure ait abouti dans les six mois suivant l'avis rendu par la Haute Autorité de santé.

Il permet à l'UNCAM de procéder à la hiérarchisation de l'acte, si la procédure de droit commun n'a pas abouti dans un délai de cinq mois.

Article 43

① À l'article L. 162-1-1 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un cinquième alinéa ainsi rédigé :

② « Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'aide au sevrage tabagique visant à apporter des conseils et un soutien pour favoriser l'arrêt du tabac à l'attention des personnes bénéficiaires de la prescription d'un traitement de substitution nicotinique. »

Exposé des motifs

La lutte contre le tabagisme constitue un axe majeur de la politique du Gouvernement en matière de lutte contre les conduites addictives. Deux publics prioritaires ont été identifiés, compte tenu de la recrudescence du tabagisme en leur sein : les jeunes et les femmes.

Afin de favoriser l'arrêt du tabac chez les jeunes adultes de vingt à vingt-cinq ans, le montant de la prise en charge des substituts nicotiniques sera triplé et un accompagnement spécifique sera développé. Le présent article prévoit la possibilité pour les caisses nationales d'assurance maladie de promouvoir des programmes d'aide au sevrage tabagique.

Article 44

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° La section 1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-4-5 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 162-4-5*. – Le médecin qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3, qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, et le biologiste médical qui effectue ces examens, sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie » ;

④ 2° Dans la section 2 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-8, il est créé un article L. 162-8-1 ainsi rédigé :

⑤ « *Art. L. 162-8-1*. – La sage-femme qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. »

Exposé des motifs

Afin de faciliter le recours à la contraception, il est proposé d'instaurer le tiers-payant, sur la part prise en charge par l'assurance maladie, pour les consultations et examens biologiques nécessaires à la contraception, pour les mineures de plus de quinze ans.

Les jeunes filles n'auront donc plus que le ticket modérateur à avancer.

Cette mesure vient donc compléter les avancées issues de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 en faveur de l'accès à la contraception.

Cette mesure sera approfondie, dans le cadre de la démarche générale de promotion du tiers payant inscrite dans la stratégie nationale de santé, pour la part prise en charge par les organismes complémentaires.

Article 45

① I. – Le livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② A. – Le titre VI est ainsi modifié :

③ 1° L'article L. 861-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

④ « Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation, déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la sécurité sociale, peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. » ;

⑤ 2° Le chapitre III est ainsi modifié :

⑥ *a)* Au premier alinéa de l'article L. 863-1, après les mots : « les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels », sont insérés les mots : « sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et » ;

⑦ *b)* L'article L. 863-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑧ « *Art. L. 863-6.* – Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est réservé aux contrats d'assurance complémentaire de santé individuels respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure vise à sélectionner des contrats offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues à l'article L. 871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'État dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination.

⑨ « Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie.

⑩ « La liste des contrats ainsi sélectionnés est rendue publique et est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé. » ;

⑪ *c)* L'article L. 863-7 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑫ « *Art. L. 863-7.* – À l'expiration de son droit au bénéfice de la déduction prévue à l'article L. 863-2, toute personne ayant bénéficié d'un contrat mentionné à l'article L. 863-6 reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure mentionnée à l'article L. 863-6. Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé avant la déduction opérée au titre de l'article L. 863-2 ».

⑬ B. – L'article L. 871-1 est ainsi modifié :

⑭ 1° Au deuxième alinéa, les mots : « visée à l'article L. 161-32-2 » sont remplacés par les mots : « mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique » ;

⑮ 2° Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

⑯ « Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

⑰ « Elles fixent les conditions, qui peuvent comprendre un niveau minimal de prise en charge et un plafond tarifaire, dans lesquelles les dépassements d'honoraires perçus lors de consultations ou d'autres actes des médecins ainsi que les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement peuvent être pris en charge. »

⑱ II. – Les dispositions des articles L. 863-1, L. 863-6 et L. 863-7, dans leur rédaction issue du 2° du A du I, s'appliquent aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2015.

⑲ Les dispositions du B du I entrent en vigueur, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, au plus tard le 1er janvier 2015.

Exposé des motifs

Le Président de la République, dans son discours au congrès de la Mutualité en octobre 2012, a formulé l'objectif de « généraliser, à l'horizon 2017, l'accès à une couverture complémentaire de qualité ». En effet, on estime qu'il y avait en 2012, 2,5 millions de personnes sans couverture complémentaire santé, dont au moins la moitié y avait renoncé pour des raisons financières. Par ailleurs, trop souvent, les titulaires d'une complémentaire santé disposent de garanties onéreuses ou peu adaptées à leurs besoins. C'est le cas en particulier des bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), dispositif qui, de ce fait, ne remplit qu'imparfaitement sa fonction.

Une première étape de cette généralisation a été franchie avec la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi, qui transpose l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 : à l'horizon 2016, par le biais de la négociation collective, l'ensemble des salariés seront couverts par une complémentaire santé. L'accès à la couverture complémentaire a également été renforcé avec le relèvement du plafond de revenus ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et à l'ACS, le 1er juillet 2013.

Le présent article représente une nouvelle étape vers l'objectif fixé par le Président de la République.

Ainsi, afin de favoriser le recours à la complémentaire santé pour les personnes les plus fragiles, l'article modifie certaines conditions d'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé. Pour cette dernière, l'article vise à renforcer l'attractivité du dispositif en améliorant le rapport qualité-prix des contrats souscrits au moyen d'une mise en concurrence des organismes complémentaires, comme l'a recommandé le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). En complément, l'accès des étudiants précaires et isolés à la CMUc est simplifié.

Enfin, l'article fait évoluer, pour tous les contrats de couverture complémentaire de santé, les règles relatives aux contrats « solidaires et responsables », qui ouvrent droit aux avantages fiscaux et sociaux. Un décret viendra préciser les règles applicables pour assurer un niveau de couverture minimale des soins, notamment pour certains postes générant un

reste à charge important, et pour éviter de solvabiliser des pratiques tarifaires excessives qui contribuent à la dérive des prix de certains soins.

Article 46

① I. – L'article L. 613-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

③ *a)* Les mots : « de l'article L. 621-70 » sont remplacés par les mots : « des dispositions du livre VI du code de commerce » ;

④ *b)* Avant les mots : « la commission de recours amiable », sont insérés les mots : « la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou » ;

⑤ *c)* Les mots : « la commission de recours amiable de la caisse mutuelle régionale » sont remplacés par les mots : « la commission de recours amiable de la caisse du régime social des indépendants » ;

⑥ *d)* Après les mots : « de la prise de décision », les mots : « de la caisse mutuelle régionale » sont remplacés par les mots : « desdites commissions » ;

⑦ 2° Au troisième alinéa, les mots : « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, » sont supprimés.

⑧ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

⑨ 1° L'article L. 732-15, dans sa rédaction antérieure à celle résultant du 8° du I de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

⑩ « Pour bénéficier du règlement des indemnités journalières prévues à l'article L. 732-4, l'assuré doit être à jour de la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1.

⑪ « Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application des dispositions de la sixième partie du code de commerce ou lorsque la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la caisse de mutualité sociale agricole accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux indemnités journalières à compter du prononcé du jugement ou de la

décision de la commission ou de la caisse, sous réserve que l'échéancier de paiement concernant la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1 soit respecté.

⑫ « Un décret fixe les conditions d'application du présent article. » ;

⑬ 2° L'article L. 732-4, dans sa rédaction résultant de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, est ainsi modifié :

⑭ *a)* Après le cinquième alinéa, il est inséré l'alinéa suivant :

⑮ « En cas d'interruption de travail, l'assuré envoie au service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai déterminé par décret, un avis d'arrêt de travail qui comporte la signature du médecin. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction dans des conditions fixées par décret. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée. » ;

⑯ *b)* Au sixième alinéa, devenu le septième, avant les mots : « L. 323-6 » sont insérés les mots : « L. 323-5, » ;

⑰ 3° L'article L. 752-24 est ainsi modifié :

⑱ *a*) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

⑲ « Tout accident du travail et toute maladie professionnelle dont est victime le chef d'exploitation ou les autres personnes mentionnées à l'article L. 752-1 est déclaré à la caisse de mutualité sociale agricole dans un délai et des conditions fixées par décret. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée. Il appartient à la caisse de mutualité sociale agricole saisie d'une déclaration d'accident d'apporter la preuve de son caractère non professionnel. » ;

⑳ *b*) Au troisième alinéa, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et après les mots : « contrôle médical », les mots : « de la mutualité sociale agricole » sont supprimés ;

㉑ 4° Après l'article L. 732-8, il est inséré un article L. 732-8-1 ainsi rédigé :

㉒ « *Art. L. 732-8-1.* – Si la caisse de mutualité sociale agricole n'en a pas pris l'initiative, l'assuré peut déposer lui-même une demande de pension d'invalidité qui, pour être recevable, doit être présentée dans un délai déterminé par décret. » ;

㉓ 5° À l'article L. 762-13-1, dans sa rédaction résultant de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, les mots : « Pour l'application de l'article L. 731-13 » sont remplacés par les mots : « Pour l'application des articles L. 731-13, L. 731-35-1 et L. 732-15 » ;

㉔ 6° La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifiée :

㉕ *a)* Au *b* du 1° du I de l'article 37, les mots : « ainsi que celle des groupements mentionnés aux articles et L. 752-14 » sont supprimés ;

㉖ *b)* Le 8° du I de l'article 71 est abrogé.

Exposé des motifs

Le présent article vise à sécuriser les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces des travailleurs non-salariés.

S'agissant de droits contributifs, l'assuré doit être à jour de ses cotisations pour bénéficier d'indemnités journalières en cas de cessation d'activité pour cause de maladie. Pour les assurés faisant l'objet d'un jugement de redressement judiciaire ou d'un étalement du paiement des cotisations décidé par la commission de recours amiable de la caisse (CRA), le droit aux indemnités journalières est rétabli s'ils respectent l'échéancier de paiement qui leur a été prescrit. Or, des délais de paiement peuvent être également accordés par la commission des chefs de services financiers (CCSF). Il convient donc d'ajouter les décisions de ces commissions, à l'instar de celles des CRA, au titre de celles permettant le cas échéant d'être rétabli dans ses droits. Par ailleurs, l'article procède à une clarification rédactionnelle du dispositif de maintien des droits aux prestations au bénéfice des assurés en liquidation judiciaire.

En outre, l'article vient encadrer le dispositif d'indemnisation des travailleurs non-salariés agricoles en cas de maladie ou d'accident de la vie privée, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. À ce titre, il permet en particulier de mieux coordonner le dispositif permettant

le versement d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident de la vie privée pour les non-salariés agricoles avec celui permettant le versement d'une pension d'invalidité dans le même régime. Il procède par ailleurs à des ajustements du dispositif apparus nécessaires lors des travaux techniques et juridiques menés pour la mise en œuvre pratique de ce dispositif.

Article 47

① Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

② 1° Au *a* bis des 1° et 2° du I, au dernier alinéa du III et aux *a* bis et *b* bis du V de l'article L. 14-10-5, les mots : « les années 2012 et 2013 » sont remplacés par les mots : « les années 2012, 2013 et 2014 » ;

③ 2° L'article L. 14-10-9 est ainsi modifié :

④ *a)* Après le premier alinéa du *a*, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑤ « Ces crédits viennent abonder le budget de chaque agence régionale de santé, à hauteur d'une contribution arrêtée par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également les conditions d'utilisation et d'affectation de ces crédits, ainsi que celles dans lesquelles les agences régionales de santé rendent compte de son exécution. » ;

⑥ *b)* Au dernier alinéa, les mots : « visés par le présent article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au précédent alinéa. »

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a prévu la mise en œuvre pour 2013 d'un plan d'aide à l'investissement (PAI) dans le secteur médico-social, dont le financement était assuré par l'affectation de 2 % des recettes de contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) prélevés sur la section I du budget de la CNSA. Le présent article reconduit cette disposition pour 2014.

Il prévoit par ailleurs que la CNSA déconcentre la gestion de ces crédits auprès des ARS afin d'accroître la fluidité et la lisibilité du financement des opérations d'investissement mais également d'accroître l'efficience de la CNSA conformément aux objectifs inclus dans sa convention d'objectifs et de gestion.

Article 48

① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 263,34 millions d'euros pour l'année 2014.

② II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 138 millions d'euros pour 2014.

③ III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 22,2 millions d'euros pour l'année 2014.

④ IV. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 91,37 millions d'euros pour l'année 2014.

⑤ V. – 1° Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2014, à 162 millions d'euros, selon une répartition entre les régimes fixée arrêtée par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture ;

⑥ 2° L'article L. 1432-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

⑦ *a)* Le 2° est complété par les mots suivants : « dont le montant et la répartition entre les régimes sont fixés chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture » ;

⑧ *b)* Au dernier alinéa, les mots : « les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées » sont remplacés par les mots : « la contribution prévue au 3° est déterminée. » ;

⑨ 3° Le 2° du présent V s'applique à compter de l'exercice 2015.

Exposé des motifs

I. – Le FMESPP est financé par une dotation annuelle des régimes d'assurance maladie fixée par la loi de financement de la sécurité sociale. Pour 2014, il est proposé que cette dotation s'élève à 263,34 M€.

II. – Il est proposé de fixer à 138 M€ la dotation pour 2014 de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

En effet, les dépenses de l'ONIAM à la charge de l'assurance maladie sont estimées à 150 M€. Compte tenu des autres produits de l'office prévus pour 2014 (12 M€), une dotation de l'assurance maladie de 138 M€ est proposée. Ainsi le résultat cumulé fin 2014 s'établira à un niveau identique à celui de 2013, soit environ 13 M€, ce qui assure à l'Office une réserve prudentielle minimale.

III. – La participation des régimes d'assurance maladie au financement des médicaments et produits de santé et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves est fixées tous les ans par la loi de financement de la sécurité sociale. Il est proposé qu'elle soit fixée à 22,2 M€ pour 2014.

IV. – L'article L. 1432-6 du code de la santé publique dispose que les contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au budget des ARS pour des actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a fixé à 83,65 M€ le montant de cette contribution pour l'exercice en cours. Ce montant est fixé au titre de l'année 2014 à 91,37 M€.

V. – Les agences régionales de santé bénéficient tous les ans d'une participation des régimes d'assurance à leur budget de gestion. Pour l'année 2014, il est proposé de fixer cette dotation à 162 M€.

Par ailleurs, dans un objectif de simplification, il est proposé que cette dotation soit fixée par arrêté à partir de l'exercice 2015.

Article 49

① Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 194,1 milliards d'euros ;

③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 169,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses des branches maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale est fixé à 194,1 Md€ pour l'année 2014. Il sera supérieur de 4,6 Md€ aux prévisions de dépenses pour 2013, ce qui correspond à une progression de 2,4 %. Pour le régime général, l'augmentation de l'ensemble des dépenses représentera 4,7 Md€, soit 2,8 %.

Ce taux d'évolution résulte d'un ONDAM en augmentation de 2,4 % pour 2014, qui permettra de préserver le niveau des prises en charge et d'investir en faveur de la santé des Français dans le cadre d'une évolution des dépenses maîtrisée.

Article 50

① Pour l'année 2014, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

②

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	81,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
Total	179,2

Exposé des motifs

Le taux d'évolution de l'ONDAM, par rapport au montant prévisionnel des dépenses pour l'année 2013, est fixé à +2,4 %. Ce taux est inférieur de 0,2 point aux engagements pris dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques 2012-2017.

À périmètre inchangé, cela représente 4,2 milliards d'euros supplémentaires consacrés au financement des dépenses de santé des Français. Cela implique cependant un effort d'économie de 2,4 milliards d'euros par rapport à l'évolution spontanée des dépenses d'assurance maladie qui auraient évolué sinon de 3,8 % en 2014.

Afin de clarifier les modalités de pilotage des dépenses d'assurance maladie, les dépenses relatives au fonds d'intervention régional (FIR) seront pour la première fois identifiées au sein d'un nouveau sous-objectif de l'ONDAM. Le FIR constitue une enveloppe déléguée aux agences régionales de santé pour la mise en œuvre de leurs politiques en matière de prévention, d'accompagnement des établissements de santé ou encore de permanence des soins. Ce fonds était jusqu'à présent constitué de dépenses retracées dans les différents sous-objectifs de l'ONDAM. L'identification des dépenses relatives au FIR au sein de l'ONDAM permettra d'améliorer la lisibilité des dépenses de l'assurance maladie.

Du fait de ce changement de périmètre, les sous-objectifs retenus en 2014 ne sont pas directement comparables à ceux de 2013. À périmètre constant, le sous-objectif soins de ville augmentera de 2,4 % et les sous-objectifs portant sur les établissements de santé progresseront au global de 2,3 %.

Le sous-objectif relatif au FIR évoluera comme l'ONDAM, à 2,4 %, ce qui permettra aux agences régionales de santé de disposer des moyens nécessaires au pilotage de leurs actions en région. Le taux d'évolution de l'ONDAM médico-social sera fixé à 3 % en 2014 (soit 0,6 point au-dessus de l'ONDAM), ce qui traduit le maintien de la priorité donnée à ce secteur au sein des dépenses de santé. Le secteur contribuera toutefois à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie par une évolution de l'ONDAM médico-social calculée au plus près des engagements. Les réserves de la CNSA permettront en outre d'abonder les moyens dévolus au secteur à hauteur de 70 millions d'euros, ce qui équivaut à 0,4 point d'ONDAM médico-social.

L'annexe 7 au présent projet de loi de financement présente de façon détaillée les conditions de la construction de l'ONDAM pour 2014, notamment les modifications de périmètre et l'inclusion du FIR.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d’assurance vieillesse

Article 51

① Pour l’année 2014, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

② 1° Pour l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 221,0 milliards d’euros ;

③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 117,2 milliards d’euros.

Exposé des motifs

L’objectif de dépenses 2014 de la branche vieillesse de l’ensemble des régimes obligatoires de base augmente de 2,2 % par rapport à l’objectif 2013, pour s’établir en prévision à 221,0 Md€.

Cette évolution modérée, en dépit de l’arrivée à la retraite des générations nombreuses du « baby-boom », est due à la mise en œuvre, dès 2014, des mesures de redressement prévues dans le cadre du projet de loi garantissant l’avenir et la justice du système de retraites, principalement le report au 1er octobre de l’indexation des pensions de retraite, à l’exception de celles des pensionnés les plus modestes.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles

Article 52

① I. – Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante est fixé à 435 millions d’euros pour l’année 2014.

② II. – Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante est fixé à 821 millions d’euros pour l’année 2014.

③ III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2014, à 790 millions d'euros.

Exposé des motifs

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

Le total des dépenses du FIVA pour 2014 est évalué à 480 M€. Compte tenu des autres produits du fonds (estimés à hauteur de 105 M€), une dotation de la branche AT-MP de 435 M€ est proposée. Ainsi, le résultat cumulé fin 2014 s'établira à 60 M€, ce qui permettra d'assurer un fonds de roulement prudentiel garantissant le versement des indemnisations.

Il est proposé de fixer à 821 M€ la dotation de la branche au FCAATA, ce qui permettra à celui-ci de terminer l'année 2014 en excédent.

Un versement de la branche AT-MP à la branche maladie vise à compenser les effets de la sous-déclaration. La commission de la sous-déclaration des AT-MP, réunie au cours du second trimestre 2011, avait évalué le montant de la sous-déclaration entre 587 et 1 110 M€, soit un ordre de grandeur légèrement supérieur à celui de 2008 (565 à 1 015 M€). Au regard de cette estimation, la LFSS pour 2012 avait majoré le montant du versement à la branche maladie de 80 M€, le portant à 790 M€. Il est proposé de reconduire cette somme pour 2014, comme en 2013.

Article 53

Au 8° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « pour les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus en dehors de l'exécution du contrat d'engagement maritime » sont remplacés par les mots : « pour l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles imputables à une faute inexcusable de l'employeur. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. »

Exposé des motifs

Les marins bénéficient d'un régime de sécurité sociale spécifique, organisé par le décret-loi du 17 juin 1938 et commun à tous les navigants professionnels du commerce, de la pêche et de la plaisance, qui couvre notamment les accidents du travail et les maladies professionnelles. Malgré une disposition prévue à l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, dans les faits, les dispositions de ce code relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles ne s'appliquent pas, aujourd'hui, aux marins puisqu'il n'existe pas de marins qui ne soient couverts par un contrat d'engagement maritime, tous étant couverts par les dispositions spécifiques du décret-loi du 17 juin 1938.

Le Conseil constitutionnel a formulé dans la décision n° 2011-127 QPC du 6 mai 2011 une réserve d'interprétation précisant que ces dispositions ne devaient pas faire obstacle à ce que ces marins puissent demander l'indemnisation complémentaire prévue par le code de la sécurité sociale en cas de faute inexcusable de l'employeur. C'est pourquoi le présent article rend applicables aux marins les dispositions relatives à la faute inexcusable de l'employeur prévues au livre IV du code de la sécurité sociale (majoration du capital ou de la rente servis par le régime à la victime, indemnisation complémentaire) afin qu'elles complètent les dispositions générales relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles du décret-loi du 17 juin 1938.

Article 54

① Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros ;

③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,0 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses prévisionnelles de la branche accidents du travail-maladies professionnelles s'établissent respectivement à 13,3 Md€ et à 12,0 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et pour le régime général. Ces objectifs sont en très légère augmentation par rapport à l'exercice 2013.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 55

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Au chapitre II du titre II du livre V, il est rétabli un article L. 522-3 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 522-3.* – Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 522-2. Ce plafond est majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge des enfants est assumée par une seule personne. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

④ « Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret. » ;

⑤ 2° La section III du chapitre V du titre V du livre VII est complétée par un article L. 755-16-1 ainsi rédigé :

⑥ « *Art. L. 755-16-1.* – Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 755-16. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

⑦ « Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret. »

⑧ II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er avril 2014.

Exposé des motifs

Cette mesure est la mise en œuvre de l'engagement du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, qui vise à soutenir les familles nombreuses les plus fragiles en leur accordant un montant de complément familial majoré de 50 % sur cinq ans.

Elle représentera, en 2014, une majoration de 17 € du montant mensuel de complément familial en métropole et de 10 € dans les DOM (hors revalorisation de la BMAF).

Elle bénéficiera aux 50 % les plus modestes des allocataires actuels du complément familial, soit environ 400 000 familles.

Article 56

① I. – L'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Au premier alinéa, les mots : « au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond » sont supprimés ;

③ 2° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

④ « L'allocation de base est versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le plafond défini à l'article L. 531-2. Elle est versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond défini par décret qui varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et qui est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Ce plafond est revalorisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. » ;

⑤ 3° Au deuxième alinéa, le mot : « précédent » est remplacé par le mot : « premier » ;

⑥ 4° Le troisième alinéa est supprimé.

⑦ II. – Au troisième alinéa de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « le rang et » sont supprimés.

⑧ III. – Par dérogation à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, les montants de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption mentionnés à l'article L. 531-2 ainsi que le montant de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionné à l'article L. 531-3 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, sont, à compter du 1er avril 2014, et jusqu'à ce que le montant du complément familial mentionné à l'article L. 522-1 du même code soit supérieur ou égal au montant de l'allocation de base, maintenus à leur niveau en vigueur au 1er avril 2013.

⑨ IV. – Les dispositions prévues au I et II du présent article sont applicables à compter du 1er avril 2014 pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er avril 2014 et à compter du 1er avril 2017 pour l'ensemble des autres enfants. Pour les personnes qui bénéficient de l'allocation de base mentionnée à l'article L. 531-3 et du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 au titre d'un ou de plusieurs enfants nés ou adoptés avant le 1er avril 2014, les plafonds de ressources en vigueur au 31 mars 2014 demeurent applicables, sous réserve de leur actualisation annuelle conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Lorsque ces personnes ont, à compter du 1er avril 2014, du fait d'une naissance ou d'une adoption, un nouvel enfant à charge, il est fait application du I et du II pour l'examen des droits au titre de l'ensemble des enfants à charge.

Exposé des motifs

Dans le cadre de la rénovation de la politique familiale, le Premier ministre a annoncé le 3 juin 2013, le recentrage de certaines prestations au bénéfice des familles en ayant le plus besoin, parmi lesquelles l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

La mesure consiste à moduler le montant de l'allocation de base selon le niveau de ressources des familles. Le montant de l'allocation de base sera divisé par deux pour les familles éligibles à l'allocation de base mais ayant des ressources dépassant un certain seuil. Cette modulation du montant de l'allocation de base s'appliquera aux enfants nés à partir du 1er avril 2014.

En outre, il est proposé d'aligner de façon progressive le montant de l'allocation de base (identique en métropole et dans les DOM) sur celui du complément familial en vigueur en métropole. En effet, le montant de l'allocation de base est supérieur à celui du complément familial, alors que cette prestation est moins ciblée sur les ménages les plus modestes.

Article 57

① I. – L'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Après le premier alinéa du 2° du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

③ « Le complément à taux partiel est attribué au travailleur non salarié, en fonction de la quotité d'activité déclarée sur l'honneur dès lors que cette

activité ne lui procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel excédant des montants définis par décret. Le complément à taux partiel peut également être attribué lorsque la rémunération ou le revenu perçus sont supérieurs à ces montants, dès lors qu'ils sont proportionnels à la réduction de l'activité déclarée. » ;

④ 2° Au deuxième alinéa du 2° du I, les mots : « personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'aux » sont supprimés ;

⑤ 3° Le VII est abrogé.

⑥ II. – Les dispositions du 1° du I entrent en vigueur le 1er avril 2014 et les dispositions du 3° du I sont applicables aux enfants nés ou adoptés à compter de cette même date.

Exposé des motifs

Le complément de libre choix d'activité (CLCA) peut être attribué à taux partiel aux parents d'un enfant de moins de trois ans qui exercent une activité à temps partiel. Or le code de la sécurité sociale, dans sa partie réglementaire, conditionnait le bénéfice de cette prestation pour les non-salariés à un plafond de ressources. Cette règle, non inscrite dans la loi, a été jugée illégale par le Conseil d'État.

Afin d'éviter la multiplication des contentieux visant cet article, il est nécessaire de prévoir de nouvelles modalités d'appréciation du travail à temps partiel des non-salariés.

Ainsi, il est proposé d'inscrire au niveau législatif le principe selon lequel le droit au CLCA des travailleurs non-salariés est ouvert à la condition que l'activité à temps partiel ne procure pas une rémunération supérieure à un montant défini par décret. Afin de ne pas fermer cette prestation aux parents qui, bien qu'exerçant leur activité à temps partiel, ont des revenus professionnels élevés, il est également proposé que le CLCA puisse être versé lorsque la rémunération ou le revenu perçus sont supérieurs à ces montants définis par décret, dès lors que le niveau des revenus est proportionné à la réduction de l'activité déclarée.

Par ailleurs, aujourd'hui le montant du complément de libre choix d'activité varie selon que la famille est bénéficiaire, ou non, de l'allocation

de base de la prestation d'accueil du jeune enfant. Ainsi, les bénéficiaires du CLCA qui ne perçoivent pas l'allocation de base, du fait de ressources trop élevées, bénéficient d'un montant de CLCA majoré de l'équivalent de cette allocation de base. Le CLCA majoré est donc favorable aux parents dont les revenus sont supérieurs au plafond de ressources de l'allocation de base, soit les déciles de revenus les plus élevés (16 % des familles).

Conformément aux annonces du Premier ministre le 3 juin 2013 sur la rénovation de la politique familiale, qui vise notamment à recentrer certaines prestations sur les familles en ayant le plus besoin, il est proposé d'uniformiser le montant du CLCA afin que son montant soit le même pour tous les allocataires, quel que soit le niveau de leurs ressources.

Article 58

① I. – L'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② *a)* Au cinquième alinéa du I, les mots : « dispose d'un minimum de revenus tirés d' » sont remplacés par le mot : « exerce » ;

③ *b)* La deuxième et la troisième phrase du même alinéa sont supprimées.

④ II. – Au dernier alinéa de l'article L. 531-6 du même code, après les mots : « dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret », sont insérés les mots : « , sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximum fixé par décret. »

Exposé des motifs

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est versé aux parents d'un ou de plusieurs enfants de moins de six ans qui emploient une assistante maternelle agréée ou une garde à domicile (CMG « direct ») ou qui font garder leur enfant par le biais d'une entreprise mandataire ou au sein d'une micro-crèche (CMG « structure »).

Actuellement, pour en bénéficier, les parents doivent disposer d'un minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle. Dans un objectif de simplification, et afin notamment de soutenir le retour à l'emploi des parents, même pour une activité réduite, la mesure consiste en premier lieu à supprimer la condition de revenu minimum tiré d'une activité

professionnelle pour ne conserver que la seule condition de l'exercice d'une activité professionnelle.

En second lieu, le complément de mode de garde « structure » est versé aux familles qui recourent à une association ou à une entreprise qui emploie une garde à domicile ou une assistante maternelle, et aux familles qui recourent aux services d'une micro-crèche au moins seize heures par mois. Dans ces structures, les tarifs sont libres.

Pourtant, plusieurs rapports ont fait valoir que les micro-crèches pouvaient pratiquer des tarifs abusifs ayant notamment pour conséquence la sélection des publics accueillis. La mesure consiste donc à subordonner au respect par la micro-crèche d'un plafond tarifaire le versement du CMG, ce qui conduira de fait à une limitation des tarifs qu'elle facture aux familles.

Article 59

Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 542-5 et au dernier alinéa de l'article L. 755-21 du code de la sécurité sociale, les paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale ne sont pas révisés pour l'année 2014.

Exposé des motifs

Dans un contexte de faible inflation (1,3 % dans le projet de loi de finances pour 2014, contre 1,75 % en PLF 2013), le présent article vise à maintenir en 2014 à leur niveau de 2013 les paramètres représentatifs de la dépense de logement dans les barèmes de l'allocation de logement familiale (ALF).

Article 60

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 59,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses 2014 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base est en augmentation de 2,1 % par rapport à l'objectif 2013 et s'établit en prévision à 59,2 Md€. Pour la première fois et grâce aux dispositions de l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale tient compte de l'intégration complète de l'ensemble des dépenses de

prestations familiales servies en France au sein des comptes de la Caisse nationale des allocations familiales.

L'objectif fixé intègre les effets de la rénovation de la politique familiale qui vise à renforcer le soutien apporté aux familles les plus vulnérables par l'augmentation de prestations ciblées et à permettre le redressement financier de la branche famille par une mise à contribution des familles les plus aisées, notamment via la réaffectation des gains liés à la réforme des modalités de calcul du quotient familial.

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 61

Pour l'année 2014, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour le régime social des indépendants.

Exposé des motifs

L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) prend en charge chaque année une partie fixée par la loi de financement de la sécurité sociale des dépenses de minimum contributif servi par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime social des indépendants (RSI).

Au titre des exercices 2012 et 2013, le régime général a ainsi bénéficié de 3,4 Md€ de transfert, le régime des salariés agricoles de 0,4 Md€ et le RSI de 0,1 Md€, ces montants correspondant, d'après les données statistiques disponibles, à un peu plus de la moitié de la dépense totale des régimes au titre du minimum contributif. Pour l'année 2014, il est proposé de maintenir inchangé le niveau de ces transferts.

Article 62

① Pour l'année 2014, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

②

(en milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	20,4

Exposé des motifs

La prévision de charges du Fonds de solidarité vieillesse en 2013, d'un montant de 20,4 Md€, est en progression de 0,7 Md€ par rapport à la prévision pour 2013 (19,7 Md€).

Cette progression relativement limitée tient notamment à la stabilité du montant de la prise en charge par le Fonds d'une partie des charges du régime général et des régimes alignés au titre du minimum contributif ainsi qu'à une dynamique structurellement plus faible des versements au titre du minimum vieillesse, en raison d'une baisse tendancielle des effectifs due à l'amélioration du niveau des pensions contributives.

L'évolution des dépenses tient également compte, à l'inverse, de la hausse des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage (+6,2 % en 2014) qui découle de la progression du nombre de chômeurs pris en compte.

Section 6

Dispositions relatives à la gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 63

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Après le 8° de l'article L. 221-1, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

③ « 9° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale. » ;

④ 2° Au premier alinéa de l'article L. 767-1, la première phrase est complétée par les mots : « sous réserve des dispositions prévues au 9° de l'article L. 221-1 ».

⑤ II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2015. Le recouvrement des créances et le règlement des dettes prévus au I exigibles avant la date mentionnée au premier alinéa sont assurés à compter de cette date par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1.

Exposé des motifs

Les règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale et certains accords avec d'autres États que ceux membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et la Suisse ou avec des collectivités d'outre-mer ont institué des mécanismes permettant la prise en charge des soins de santé par l'État de séjour temporaire ou de résidence d'une personne comme s'il s'agissait de son propre assuré, alors même que l'intéressé est affilié en assurance maladie dans un autre État.

Ces prises en charge de soins génèrent des créances et des dettes réciproques entre États, dont les montants s'accroissent d'année en année. Ainsi, au titre de 2012, les créances présentées par la France aux institutions étrangères se sont élevées à 1,5 milliard d'euros tandis que les dettes s'élevaient à 688 millions d'euros.

Le règlement des créances et des dettes internationales est assuré depuis 1958 par le Centre des liaisons européennes et internationales (CLEISS).

Différents rapports de la Cour des comptes ainsi qu'un rapport de l'IGAS et de l'IGF de 2012 ont mis en évidence l'inadaptation des modalités de gestion de ces créances aux enjeux actuels. Il apparaît nécessaire, pour améliorer la performance du traitement des créances internationales d'assurance maladie, d'intégrer au sein d'un seul et même circuit le traitement de l'ensemble des flux financiers liés aux soins de santé donnés à l'étranger, déjà assumé partiellement par la CNAMTS.

S'appuyant sur l'analyse et les préconisations des rapports, la mesure propose de transférer la gestion de ces créances et dettes internationales d'assurance maladie du CLEISS à la CNAMTS.

Article 64

① I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

② 1° L’article L. 722-14 est abrogé ;

③ 2° L’article L. 723-43 est ainsi modifié :

④ *a)* Au premier alinéa, les mots : « La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les organismes visés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés » sont remplacés par les mots : « La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole est autorisée » ;

⑤ *b)* Au deuxième alinéa, les mots : « et les organismes mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés » sont remplacés par les mots : « sont autorisées » et les mots : « qu’ils détiennent » sont remplacés par les mots : « qu’elles détiennent » ;

⑥ 3° Au premier alinéa de l’article L. 725-1, les mots : « et les organismes visés à l’article L. 731-30 et » sont supprimés ;

⑦ 4° L’article L. 725-4 est abrogé ;

⑧ 5° Au quatrième alinéa de l’article L. 725-7, les mots : « et les organismes mentionnés à l’article L. 731-30 » sont supprimés ;

⑨ 6° À l’article L. 725-8, les mots : « ou d’un organisme mentionné à l’article L. 731-30 » sont supprimés ;

⑩ 7° Le sixième alinéa de l’article L. 725-12 est supprimé ;

⑪ 8° À l’article L. 725-23, les mots : « , les organismes assureurs mentionnés à l’article L. 731-30 et le groupement d’assureurs mentionné à l’article L. 752-14 » sont supprimés ;

⑫ 9° Au premier alinéa de l’article L. 725-25, les mots : « les organismes mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont remplacés par les mots : « les caisses de mutualité sociale agricole » ;

⑬ 10° L’article L. 726-2 est abrogé ;

⑭ 11° L’article L. 726-3 est ainsi modifié :

⑮ *a)* Dans la première phrase, les mots : « ainsi que les assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 peuvent » sont remplacés par le mot : « peut » ;

⑯ *b)* Dans la dernière phrase, les mots : « et aux assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont supprimés ;

⑰ 12° À l'article L. 731-10, les mots : « et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;

⑱ 13° L'article L. 731-30 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑲ « *Art. L. 731-30*. – Les personnes mentionnées à l'article L. 722-10 sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;

⑳ 14° Les articles L. 731-31 à L. 731-34 sont abrogés ;

㉑ 15° Au troisième alinéa de l'article L. 731-35-1, dans sa rédaction à venir résultant de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mots : « , du groupement mentionné à l'article L. 731-31 » sont supprimés ;

㉒ 16° Les articles L. 732-6-1 et L. 732-7, dans leur rédaction à venir résultant de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, sont abrogés ;

㉓ 17° Le III de l'article L. 752-1 est abrogé ;

㉔ 18° Au quatrième alinéa de l'article L. 752-4, les mots : « les organismes assureurs » sont remplacés par les mots : « les caisses de mutualité sociale agricole » ;

㉕ 19° L'article L. 752-12 est ainsi modifié :

㉖ *a)* Les deuxième, troisième et septième alinéas sont supprimés ;

㉗ *b)* Le huitième alinéa est ainsi rédigé :

㉘ « – de transmettre au ministre chargé de l'agriculture les informations nécessaires au fonctionnement du régime. » ;

㉙ 20° L'article L. 752-13 est remplacé par les dispositions suivantes :

㉚ « *Art. L. 752-13*. – Les personnes mentionnées à l'article L. 752-1 sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;

㉛ 21° L’article L. 752-14 est abrogé ;

㉜ 22° Le second alinéa de l’article L. 752-15 est supprimé ;

㉝ 23° Au sixième alinéa de l’article L. 752-17, les mots : « , du groupement mentionné à l’article L. 752-14 » sont supprimés ;

㉞ 24° Au premier alinéa de l’article L. 752-20, les mots : « et le groupement mentionné à l’article L. 752-14 » sont supprimés ;

㉟ 25° L’article L. 752-23 est ainsi modifié :

㊱ *a)* Au premier alinéa, les mots : « l’organisme assureur est tenu » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole est tenue » ;

㊲ *b)* Au deuxième alinéa, les mots : « l’organisme assureur est admis » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole est admise » ;

㊳ *c)* Aux troisième et quatrième alinéas, les mots : « l’organisme assureur » sont remplacés par les termes : « la caisse de mutualité sociale agricole » ;

㊴ 26° L’article L. 752-25 est ainsi modifié :

㊵ *a)* Au premier alinéa, les mots : « l’organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

㊶ *b)* Au deuxième alinéa, les mots : « l’organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » ;

㊷ *c)* Au troisième alinéa, les mots : « l’organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

㊸ *d)* Au quatrième alinéa, les mots : « l’organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « fondé » est remplacé par le mot : « fondée » ;

㊹ *e)* Au dernier alinéa, les mots : « d'office » sont supprimés ;

㊺ 27° À l'article L. 752-26, les mots : « L'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole » ;

㊻ 28° Au deuxième alinéa de l'article L. 752-29, les mots : « , des organismes assureurs » sont supprimés ;

㊼ 29° À l'article L. 762-15, la référence aux articles L. 731-30 à L. 731-34 est supprimée ;

㊽ 30° La deuxième phrase de l'article L. 762-25 est supprimée.

㊾ II. – Le I du présent article s'applique à compter du 1er janvier 2014.

㊿ III. – Par dérogation au II, les prestations allouées en application des articles L. 732-3 et L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime aux assurés ayant opté, en application des articles L. 731-30 et L. 752-13 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi, pour les organismes autres que les caisses de mutualité sociale agricole, continuent d'être versées par ces mêmes organismes jusqu'à une date, qui peut être différente pour chaque catégorie de prestation et fixée par décret entre le 30 juin et le 31 décembre 2014.

(51) À cette même date, les droits et obligations des groupements d'assureurs mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime dans leur rédaction antérieure à la présente loi, sont transférés aux organismes de mutualité sociale agricole, dans des conditions fixées par décret.

(52) À compter de cette même date, la gestion des réserves antérieurement constituées pour le compte des branches instituées aux 2° et 4° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime par les organismes assureurs mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 du même code, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, est assurée par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

(53) Le préjudice susceptible de résulter, pour les groupements mentionnés au deuxième alinéa, du transfert de la gestion des régimes aux caisses de mutualité sociale agricole à la date fixée en application du premier alinéa, et notamment du transfert de leurs droits et obligations mentionné au deuxième alinéa, fait l'objet d'une indemnité fixée dans le cadre d'un constat établi suite à une procédure contradictoire, pour un montant et dans des conditions fixées par décret.

54 IV. – Les contrats de travail des personnels affectés aux activités transférées en application des dispositions des 14° et 21° du I du présent article sont repris par les organismes de mutualité sociale agricole dans les conditions prévues par les articles L. 1224-1 et L. 1224-2 du code du travail.

55 V. – Un décret fixe les modalités d'application des III et IV.

Exposé des motifs

Contrairement aux autres branches du régime agricole, les prestations des branches maladie (AMEXA) et accidents du travail (ATEXA) des personnes non salariées agricoles peuvent être versées soit par la mutualité sociale agricole, soit par des assureurs privés.

La Cour des comptes avait estimé que cette organisation reposant sur une pluralité de gestionnaires était source d'inefficience en matière de gestion et de complexité pour les assurés sociaux et en avait souligné les inconvénients. Une mission conjointe récente de l'IGAS et l'IGF relative à la gestion de l'assurance maladie, conduite dans le cadre de la modernisation de l'action publique, a confirmé ce constat et préconise de recentrer vers la seule MSA la gestion de ces prestations.

Il est proposé de confier la gestion des branches AMEXA et ATEXA à la seule MSA, ce qui renforcera la place centrale de celle-ci dans la protection sociale agricole et contribuera à renforcer l'efficience de la gestion du service public de la sécurité sociale.

Article 65

1 L'article L. 8222-6 du code du travail est remplacé par les dispositions suivantes :

2 « *Art. L. 8222-6.* – Sans préjudice des dispositions des articles L. 8222-1 à L. 8222-3, toute personne morale de droit public ayant contracté avec une entreprise, informée par écrit par un agent de contrôle de la situation irrégulière de cette entreprise au regard des formalités mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5, l'enjoint aussitôt de faire cesser sans délai cette situation.

3 « L'entreprise mise ainsi en demeure apporte, dans un délai de deux mois, à la personne publique la preuve qu'elle a mis fin à la situation délictuelle. À défaut, le contrat peut être rompu sans indemnité, aux frais et risques de l'entrepreneur.

④ « La personne publique informe l'agent auteur du signalement des suites données par l'entreprise à son injonction.

⑤ « À défaut de respecter les obligations qui découlent des premier et troisième alinéas, la personne morale de droit public est tenue solidairement avec son cocontractant au paiement des impôts, taxes, cotisations, rémunérations et charges mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 8222-2, dans les conditions fixées à l'article L. 8222-3. »

Exposé des motifs

Les donneurs d'ordre ont un rôle important dans la lutte contre le travail dissimulé chez leurs sous-traitants.

Or, la modification du régime de responsabilité des donneurs d'ordre publics par la loi n° 2011-525 du 11 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit a conduit à une moindre responsabilisation des donneurs d'ordre publics tout en générant un dispositif complexe.

En effet, lorsque des manquements ont été constatés de la part du sous-traitant en matière de travail dissimulé, la règle actuelle conduit à exonérer les donneurs d'ordre publics de la responsabilité solidaire en matière de paiement des cotisations sociales lorsqu'ils prononcent des pénalités à l'encontre de leur cocontractant – pénalités dont ils sont eux-mêmes bénéficiaires.

Les donneurs d'ordre publics se doivent d'être exemplaires en matière de lutte contre le travail dissimulé. Cette mesure réaligne donc pour l'essentiel le régime des donneurs d'ordre publics sur celui des donneurs d'ordre privés, tout en maintenant la possibilité de rompre le contrat sans frais. Cette dernière disposition se justifie par la nature du contrat et son régime de droit public.

En supprimant le mécanisme actuel de pénalités, l'article rend désormais solidairement responsable le donneur d'ordre en cas de poursuite des irrégularités et facilitera donc le recouvrement des cotisations sociales dues en cas de travail dissimulé.

Article 66

① I. – L'article L. 751-37 du code rural et de la pêche maritime est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

② « Il en est de même lorsque la victime se trouvait en situation de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail.

③ « Dans les cas mentionnés au présent article ainsi qu'à l'article L. 751-36, la caisse de mutualité sociale agricole peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale. »

④ II. – L'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑤ 1° Au premier alinéa du I, au sixième alinéa du II et au premier alinéa du IV et du V, les mots : « ou de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

⑥ 2° Au premier alinéa du VI, les mots : « ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

⑦ 3° Au deuxième alinéa du VI, les mots : « ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou à l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

⑧ 4° Au deuxième alinéa du VII, les mots : « ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , des caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles ».

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet d'étendre aux organismes chargés du service des prestations sociales agricoles les instruments juridiques dont disposent d'ores et déjà les organismes du régime général en cas de travail

dissimulé ou de non-respect par les employeurs de leurs obligations s'agissant de la déclaration d'un accident de travail.

Article 67

① I. – Le second alinéa de l'article L. 351-2-1 du code de la construction et de l'habitation est remplacé par les dispositions suivantes :

② « L'aide personnalisée au logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement ou sont titulaires de parts sociales dans une société telle que définie au 1° de l'article 8 du code général des impôts, propriétaire du logement. Un décret fixe le seuil de prise en compte de la part de propriété qui ne peut excéder un cinquantième et celui de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes qui ne peut excéder 50 %. »

③ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

④ 1° Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑤ « L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement ou sont titulaires de parts sociales dans une société telle que définie au 1° de l'article 8 du code général des impôts, propriétaire du logement. Un décret fixe le seuil de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes de la part de propriété qui ne peut excéder un cinquantième et celui de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes qui ne peut excéder 50 %. » ;

⑥ 2° Le dernier alinéa de l'article L. 831-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑦ « Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 du présent code est applicable à l'allocation de logement sociale. »

Exposé des motifs

Les aides au logement ne sont pas versées aux personnes locataires d'un logement appartenant à leurs ascendants ou descendants ou à ceux de leur conjoint. En effet, la proximité entre le propriétaire et l'occupant contribue à faire relever la mise à disposition du logement de l'entraide familiale.

Ces dispositions ne permettent pas d'écarter la perception d'aides au logement par des locataires d'une société civile immobilière détenue par la famille du locataire, la société suffisant à faire écran entre le locataire et les propriétaires du logement. Cette insuffisance du droit permet la constitution de montages visant à percevoir les aides au logement.

Le présent article vise à modifier le code de la sécurité sociale et le code de la construction et de l'habitation afin de corriger cette insuffisance, en écartant la perception des aides dès lors que le logement est la propriété directe ou indirecte de l'allocataire ou de sa famille.

Article 68

① I. – Le code pénal est ainsi modifié :

② 1° Après le 4° de l'article 313-2, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

③ « 5° Au préjudice d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public pour l'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu » ;

④ 2° Le deuxième alinéa de l'article 441-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑤ « Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu ».

⑥ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑦ 1° L'article L. 114-13 est abrogé ;

⑧ 2° Le troisième alinéa de l’article L. 162-36 est supprimé ;

⑨ 3° À l’article L. 382-29, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés ;

⑩ 4° À l’article L. 481-2, les mots : « sans préjudice des pénalités prévues à l’article L. 114-13 et des peines plus élevées résultant d’autres lois pénales s’il y échet » sont remplacés par les mots : « sans préjudice des sanctions pénales encourues » ;

⑪ 5° À l’article L. 583-3, les mots : « La fraude, la fausse déclaration, l’inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l’alinéa précédent exposent l’allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17 » sont remplacés par les mots : « sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l’inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l’alinéa précédent exposent l’allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l’article L. 114-17 » ;

⑫ 6° À l’article L. 623-1, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés ;

⑬ 7° À l’article L. 821-5, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés ;

⑭ 8° Le deuxième alinéa de l’article L. 831-7 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑮ « Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l’inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies exposent l’allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l’article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. »

⑯ III. – Le code de la construction et de l’habitation est ainsi modifié :

⑰ 1° Le deuxième alinéa de l’article L. 351-12 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑱ « Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l’inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l’alinéa précédent exposent le bénéficiaire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions ou pénalités prévues à l’article L. 114-17 du code de la sécurité sociale » ;

⑲ 2° L’article L. 351-13 est abrogé.

⑳ IV. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

㉑ 1° À l’article L. 751-40, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés ;

㉒ 2° À l’article L. 752-28, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés.

㉓ V. – Les articles L. 232-27 et L. 262-50 du code de l’action sociale et des familles sont abrogés.

㉔ VI. – Le code du travail est ainsi modifié :

㉕ 1° L’article L. 5124-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

㉖ « *Art. L. 5124-1*. – Sauf constitution éventuelle du délit d’escroquerie, défini et sanctionné à l’article 313-1, au 5° de l’article 313-2 et à l’article 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations mentionnées à l’article L. 5123-2 est puni des peines prévues à l’article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations est puni de la même peine. » ;

㉗ 2° L’article L. 5429-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

㉘ « *Art. L. 5429-1*. – Sous réserve de la constitution éventuelle du délit d’escroquerie défini et sanctionné à l’article 313-1, au 5° de l’article 313-2 et à l’article 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations d’aide aux travailleurs privés d’emploi définies au présent livre, y compris la prime forfaitaire instituée par l’article L. 5425-3 est puni des peines prévues à l’article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement les allocations et la prime susmentionnée est puni de la même peine » ;

㉙ 3° À l’article L. 5413-1, les mots : « d’une amende de 3 750 euros » sont remplacés par les mots : « des peines prévues à l’article 441-6 du code pénal » ;

㉚ 4° L’article L. 5429-3 est abrogé.

㉛ VII. – Au troisième alinéa de l’article 10-1 de l’ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l’extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité territoriale de Mayotte, la référence à l’article L. 114-13 du code de la sécurité sociale est supprimée.

㉜ VIII. – L'article 20-10 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est remplacé par les dispositions suivantes :

㉝ « *Art. 20-10*. – Sans préjudice des sanctions pénales encourues, les articles L. 377-2 à L. 377-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations instituées par la présente section. »

㉞ IX. – L'article I de la loi du 27 septembre 1941 relative aux déclarations inexactes des créanciers de l'État ou des collectivités publiques est abrogé.

㉟ X. – L'article 22-II de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.

Exposé des motifs

Par décision n° 2013-328 QPC du 28 juin 2013, le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution l'article L. 135-1 du code de l'action sociale et des familles, qui précisait les sanctions encourues en cas de perception frauduleuse ou de tentative de perception frauduleuse de l'aide sociale, compte tenu de l'existence d'autres sanctions différentes prévues dans d'autres codes pour la même incrimination. Le Conseil constitutionnel a en effet jugé que « la loi pénale ne saurait, pour une même infraction, instituer des peines de nature différente, sauf à ce que cette différence soit justifiée par une différence de situation en rapport direct avec l'objet de la loi ».

Compte tenu de cette décision, il apparaît nécessaire d'harmoniser les dispositions relatives aux sanctions applicables en matière de fraude sociale. C'est pourquoi il est proposé d'abroger et de modifier certaines dispositions en vigueur relatives aux sanctions en matière de fraude aux prestations sociales qui sont réparties dans six codes différents, deux lois spéciales (1941 et 1968) et deux ordonnances applicables à Mayotte.

Le présent article vise à organiser le dispositif des sanctions prévues en cas de fraudes aux prestations sociales autour de deux articles du code pénal (313-2 et 441-6).

Les sanctions seront ainsi de deux ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende, et sept ans et 75 000 € d'amende en cas d'escroquerie constatée au préjudice d'un organisme de sécurité sociale.

Fait à Paris, le 9 octobre 2013.

Signé : Jean-Marc AYRAULT

Par le Premier ministre :
Le ministre de l'économie et des finances
Signé : Pierre MOSCOVICI

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

ANNEXES

ANNEXE A

Rapport retraçant la situation patrimoniale au 31 décembre 2012 des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés pour l'exercice 2012

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2012

①

② *(en milliards d'euros)*

ACTIF	2012	2011	PASSIF	2012	2011
IMMOBILISATIONS	**6,8**	**6,8**	**CAPITAUX PROPRES**	**-107,2**	**-100,6**
Immobilisations non financières	**4,1**	**4,0**	**Dotations**	**32,8**	**32,9**
			Régime général	0,5	0,5
			Autres régimes	4,0	3,8
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	28,1	28,3
Prêts, dépôts de garantie et autres	**1,8**	**1,9**	**Réserves**	**9,1**	**11,3**
			Régime général	2,5	2,6
			Autres régimes	5,7	6,3
			FRR	0,9	2,4
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie, unions immobilières des organismes de sécurité sociale)	**0,9**	**0,9**	**Report à nouveau**	**-145,8**	**-134,6**
			Régime général	4,1	4,9
			Autres régimes	-1,5	-0,1
			CADES	-148,3	-139,4
			Résultat de l'exercice	**-5,9**	**-10,7**
			Régime général	-13,3	-17,4
			Autres régimes	-1,7	-1,9
			FSV	-4,1	-3,4
			CADES	11,9	11,7
			FRR	1,3	0,3
			Autres	**2,5**	**0,6**
			FRR	2,4	0,5
			Régime général / autres régimes	0,1	0,1
			PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	**19,9**	**17,9**
ACTIF FINANCIER	**57,7**	**58,9**	**PASSIF FINANCIER**	**173,9**	**170,1**
Valeurs mobilières et titres de placement	**46,8**	**45,1**	**Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)**	**162,3**	**162,6**
Autres régimes	7,3	6,9	Régime général	16,9	5,6
CADES	5,6	5,3	CADES	145,4	156,9
FRR	33,8	32,9			
Encours bancaire	**10,4**	**13,7**	**Dettes à l'égard d'établissements de crédit**	**7,4**	**3,7**
Régime général	2,6	1,3	Régime général (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	4,0	1,4
Autres régimes	1,5	1,2	Autres régimes (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	2,3	1,3
FSV	0,8	0,3	CADES	1,0	1,0
CADES	3,0	8,4	**Dépôts**	**2,2**	**0,2**
FRR	2,4	2,3	Régime général	2,2	0,2
Créances nettes au titre des instruments financiers	**0,6**	**0,1**	**Dettes nettes au titre des instruments financiers**	**0,0**	**0,1**
CADES	0,2	0,1	FRR	0,0	0,1
FRR	0,3	0,0	**Autres**	**2,1**	**3,5**
			Autres régimes	0,1	0,1
			CADES	2,0	3,4
ACTIF CIRCULANT	**64,0**	**65,4**	**PASSIF CIRCULANT**	**42,0**	**43,7**
Créances sur prestations	**7,4**	**7,3**	**Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires**	**19,8**	**22,3**
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	**9,4**	**7,9**	**Dettes à l'égard des cotisants**	**1,3**	**1,2**
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	**35,4**	**35,5**			
Créances sur l'Etat et autres entités publiques	**8,4**	**8,9**	**Dettes et CAP à l'égard de l'Etat et autres entités publiques**	**8,5**	**9,7**
Produits à recevoir de l'Etat	**0,6**	**0,4**			
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régularisation)	**2,9**	**5,5**	**Autres passifs (créditeurs divers, comptes d'attente et de régularisation), dont soulte des industries électriques et gazières**	**12,4**	**10,5**
TOTAL DE L'ACTIF	**128,5**	**131,0**	**TOTAL DU PASSIF**	**128,5**	**131,0**

③ Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs,

s'élevait à 107,2 Md€ au 31 décembre 2012, soit l'équivalent de 5,3 points de PIB (+0,3 point par rapport à 2011). Ce passif net a augmenté de 6,6 Md€ par rapport à celui constaté au 31 décembre 2011 (100,6 Md€) en raison essentiellement des déficits des régimes et du FSV pour l'année 2012 (soit 19,1 Md€), minorés de l'amortissement de la dette portée par la CADES (11,9 Md€), dont une partie (2,1 Md€) correspond à la mobilisation des réserves du FRR.

④ Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (57,7 Md€, dont environ 63 % par le FRR et 15 % par la CADES dans le cadre de sa stratégie d'endettement à fin 2012), du besoin en fonds de roulement lié aux actifs et passifs circulants (22,0 Md€) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 173,9 Md€ au 31 décembre 2012 (contre 170,1 Md€ au 31 décembre 2011).

⑤ L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

⑥ **II. – Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2012**

⑦ Les comptes du régime général ont été déficitaires de 13,3 Md€ en 2012. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 5,9 Md€, la branche vieillesse un déficit de 4,8 Md€, la branche famille un déficit de 2,5 Md€ et la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,2 Md€. Par ailleurs, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) a enregistré un déficit de 4,1 Md€.

⑧ Dans le cadre fixé par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES dès l'année 2011 des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général, et au cours de l'année 2012 des déficits 2011 de la branche vieillesse du régime général et du FSV. Conformément aux dispositions organiques, la Caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

⑨ La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles hors branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires, des ministres des cultes et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État), équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants dont les

déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

⑩ Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant par de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2012 des résultats déficitaires.

⑪ S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'est élevé à 1,0 Md€ (contre 1,2 Md€ en 2011). La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) finance ces déficits par le recours à des emprunts bancaires.

⑫ Concernant la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), devenue structurellement déficitaire en 2010, le déficit s'est sensiblement réduit en 2012 (14 M€, après 0,4 Md€ en 2011 et 0,5 Md€ en 2010) compte tenu du prélèvement exceptionnel de 450 M€ sur les réserves du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales et de 240 M€ sur les réserves du Fonds de compensation de la cessation progressive d'activité prévu par la loi de financement pour 2013. Afin de rétablir l'équilibre financier du régime, la loi a également prévu une augmentation des taux de cotisations en 2013 et 2014.

⑬ Le déficit du régime des mines s'est élevé à 39 M€ en 2012, après 186 M€ en 2011, sous l'effet de la poursuite du programme de cessions immobilières engagé par la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines. Il a été couvert dans le cadre d'emprunts à court terme effectués auprès de la Caisse des dépôts et consignations et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

⑭ S'agissant de la Caisse nationale des industries électriques et gazières, le déficit s'est élevé à 91 M€ en 2012 (après 46 M€ en 2011). Compte tenu de l'épuisement des réserves antérieurement constituées, une augmentation des ressources du régime est intervenue en 2013 dans le cadre de la loi de financement pour cette même année.

⑮ Le déficit du régime vieillesse de base des professions libérales est passé de 74 M€ en 2011 à 103 M€ en 2012 ; en réponse à ce déséquilibre, une hausse des taux de cotisation en 2013, puis 2014, a été prévue.

ANNEXE B

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

① La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse sur la période 2014-2017. À l'issue de cette période, l'objectif du gouvernement est le retour à l'équilibre de l'ensemble des comptes publics et particulièrement de ceux des administrations de sécurité sociale (hors Caisse d'amortissement de la dette sociale et Fonds de réserve des retraites). Cette trajectoire de retour à l'équilibre devrait être atteinte au travers de réformes ambitieuses sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Ainsi, la réforme des retraites et celle de la branche famille devraient permettre de préserver le haut niveau de protection de notre système d'assurance sociale en assurant sa viabilité financière à moyen et à long terme. Ces deux réformes d'ampleur s'accompagnent également de l'adoption d'un objectif ambitieux de maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie avec, comme cible, une évolution de l'ONDAM à 2,4 % dès 2014.

② Dans un contexte économique en redressement mais encore marqué par les conséquences de la crise économique (I), la stratégie de retour à l'équilibre repose ainsi sur un effort renouvelé de maîtrise des dépenses sociales porté par des réformes d'ampleur sur l'ensemble des branches (II), dans un souci de modération de la pression fiscalo-sociale sur les entreprises et les ménages (III).

③ **I. – Un environnement économique en redressement, mais encore marqué par les conséquences de la crise économique**

④ Les hypothèses macro-économiques retenues dans la construction des projections jointes à la présente annexe retiennent pour 2013 une prévision de croissance de 1,3 % en valeur de la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources de la sécurité sociale. L'année 2014 serait plus favorable, avec une progression de la masse salariale du secteur privé de 2,2 %, qui s'établirait à 3,5 % en 2015 et se stabiliserait à 4,0 % en

2016. Elle retrouverait ainsi le rythme moyen d'évolution constaté entre 1998 et 2007 (+4,1 %).

⑤ Cette progression de la masse salariale accompagnerait l'augmentation progressive du taux de croissance du PIB en volume qui, après avoir été atone en 2012 et 2013, est remonté à 0,9 % en 2014 et devrait atteindre 1,7 % en 2015.

⑥ Hypothèses retenues dans la projection pluriannuelle :

	2013	2014	2015	2016	2017
PIB (volume) :	0,1%	0,9%	1,7%	2,0%	2,0%
masse salariale privée :	1,3%	2,2%	3,5%	4,0%	4,0%
ONDAM	2,8%	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%
inflation :	0,80%	1,30%	1,75%	1,75%	1,75%

⑦ (inflation hors tabac)

⑧ Par ailleurs, les prévisions économiques sous-jacentes au projet de loi de financement de la sécurité sociale et au projet de loi de finances font désormais l'objet d'un avis du Haut conseil des finances publiques. Ce dernier, instauré en 2012 par la loi organique relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, se prononce en effet sur la sincérité des prévisions macroéconomiques ainsi que sur la cohérence de la programmation envisagée au regard de l'objectif à moyen terme et des engagements européens.

⑨ Les réformes ambitieuses menées cette année permettront d'accélérer le redressement des comptes des régimes de sécurité sociale. Ainsi, le déficit du régime général (+FSV) s'établirait à 4,0 Md€ en 2017, en très nette amélioration par rapport aux 17,5 Md€ de déficit constatés en 2012. Le redressement de la branche vieillesse (CNAF et FSV) devrait être particulièrement marqué, avec un déficit qui s'établirait à 1,4 Md€ en 2017 contre 8,9 Md€ en 2012. Les branches maladie et famille devraient également être en très net redressement.

⑩ Les mesures ainsi proposées correspondent à un effort structurel, au sens de l'article 1er de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, qui s'élèvent en 2014 à 0,4 point de PIB pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

⑪ Du fait du schéma de reprise de dette mis en place en 2010 et adapté par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'ensemble des déficits de la CNAV et du FSV sur la période pourront être transférés à la CADES afin qu'ils soient amortis. Il en sera de même pour les déficits de la CNAMTS constatés sur la période 2012-2014 et pour les déficits de la CNAF constatés sur la période 2012-2013. Ces opérations permettront d'éviter un accroissement non maîtrisé des besoins de trésorerie de l'ACOSS. Au final, compte tenu de la capacité d'amortissement de la CADES, la dette globale de la sécurité sociale devrait diminuer à partir de l'exercice 2016.

⑫ **II. – Des réformes d'ampleur sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale**

⑬ La réforme des retraites et celle de la branche famille posent les bases d'une trajectoire crédible de retour à l'équilibre.

⑭ **Les mesures affectant les comptes de la branche famille** visent à recentrer les prestations sur les publics les plus fragiles, dans un objectif de justice. L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant sera diminuée pour les familles dont les ressources dépassent un certain plafond. Le montant de l'allocation de base ne sera pas revalorisé jusqu'à ce que son montant soit égal à celui du complément familial. Par ailleurs le montant du complément de libre choix d'activité sera uniformisé pour toutes les familles, la majoration qui s'adressait aux familles les plus aisées étant supprimée.

⑮ Afin de réduire la pauvreté des enfants et des familles, le complément familial sera progressivement majoré de 50 % pour les familles nombreuses vivant sous le seuil de pauvreté, une première majoration intervenant à compter du 1er avril 2014. L'allocation de soutien familial, à destination des parents isolés, sera également progressivement revalorisée de 25 %. Au titre de la solidarité, le plafond de l'avantage fiscal lié à la présence d'enfants à charge dans le foyer sera, à l'inverse, ramené de 2 000 à 1 500 € par demi-part et le rendement de cette mesure sera affecté dès 2014 à la branche famille. Enfin, la réduction d'impôt pour frais de scolarité sera supprimée et l'économie réalisée sera affectée à la CNAF à compter de 2015.

⑯ Au terme de ces réformes, le solde de la branche famille devrait connaître une amélioration substantielle et s'établirait à -1 Md€ en 2017 contre -2,8 Md€ en 2013.

⑰ **La réforme des retraites** vise, quant à elle, à assurer l'équilibre des régimes de retraite de base à l'horizon 2020 et à maintenir cet équilibre à l'horizon 2040, conformément aux recommandations de la Commission sur l'avenir des retraites. Les mesures assurant l'équilibre d'ici 2020 concerneront les retraités, les actifs et les employeurs.

⑱ Les cotisations des actifs et des entreprises aux différents régimes de base seront augmentées dans la même proportion, de façon mesurée, selon des modalités fixées par décret. La hausse sera progressive sur quatre ans : 0,15 point pour les actifs et les employeurs en 2014, puis 0,05 point pour les trois années suivantes. Au final en 2017, l'accroissement aura été de 0,3 point pour les actifs et 0,3 point pour les employeurs.

⑲ La contribution des retraités reposera quant à elle sur deux mesures : l'inclusion des majorations de pensions des retraités ayant élevé trois enfants ou plus dans l'assiette de l'impôt sur le revenu; le décalage de six mois de la revalorisation des pensions prévue à l'article 4 du présent projet de loi, à l'exception du minimum vieillesse, la revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées étant maintenue au 1er avril de chaque année.

⑳ Ces mesures de redressement à court terme s'accompagneront d'une mesure permettant de faire face au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie en proposant une évolution progressive de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein.

㉑ Un dispositif de pilotage sera également mis en place : le Conseil d'orientation des retraites réalisera chaque année à partir des indicateurs retenus un bilan public sur le système de retraite ; le Comité de surveillance des retraites rendra pour sa part un avis annuel et l'assortira de recommandations publiques en cas d'écarts significatifs à la trajectoire de retour à l'équilibre. Il formulera, le cas échéant, des recommandations sur les mesures à prendre et le Gouvernement, après consultation des partenaires sociaux, prendra ou proposera au Parlement les mesures de redressement.

㉒ Par ailleurs, le projet de loi vise parallèlement à améliorer les droits à la retraite de publics fragiles. À compter du 1er janvier 2014, les modalités de validation d'un trimestre seront en effet assouplies et il sera possible de valider un trimestre avec 150 heures SMIC de cotisations (contre 200 aujourd'hui). Cette mesure permettra de valider des trimestres pour les salariés à petits temps partiels, les femmes notamment, qui verront par ailleurs mieux pris en compte les trimestres d'interruption au titre du congé

maternité. En effet, à compter du 1er janvier 2014, tous les trimestres de congé maternité seront réputés cotisés. De même, des mesures spécifiques bénéficieront aux jeunes apprentis et en alternance, ainsi qu'aux personnes ayant eu des carrières heurtées.

㉓ Enfin, une avancée significative en matière de droits sociaux est prévue avec la création dès 2015 d'un compte personnel de prévention de la pénibilité. Ce dispositif sera financé par une cotisation des employeurs : une cotisation minimale de toutes les entreprises et une cotisation de chaque entreprise tenant compte de la pénibilité qui lui est propre. Il permettra aux salariés de cumuler des points en fonction de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de pénibilité et de les utiliser tant pour des actions de formation, de maintien de rémunération lors d'un passage à temps partiel ou pour financer une majoration de durée d'assurance.

㉔ À l'issue de cette réforme, le déficit de la CNAV et du FSV devrait atteindre 1,4 Md€ en 2017, l'équilibre étant rejoint en 2020.

㉕ **La fixation d'un taux de progression de l'ONDAM à 2,4 % en 2014** représente enfin un effort très important de maîtrise des dépenses de santé et constitue un objectif plus ambitieux que celui retenu à la fois dans la loi de programmation des finances publiques votée en 2013 et dans l'annexe pluriannuelle de la LFSS pour 2013 (taux de progression de 2,6 % pour 2014).

㉖ Le respect de cet objectif passe par un effort qui se décline autour de deux axes : le déploiement de la stratégie nationale de santé et la poursuite des efforts de maîtrise des dépenses de santé.

㉗ Le déploiement de la stratégie nationale de santé doit ainsi permettre d'améliorer l'organisation des soins et de renforcer son efficience. C'est en ce sens que se poursuivra le développement de la chirurgie ambulatoire et des actes de télémédecine. La mise en œuvre de la SNS passe également par le développement de nouveaux modes de tarification adaptés à une approche reposant sur le parcours de soins (mesures concernant en particulier la radiothérapie et l'insuffisance rénale chronique). Les mesures inscrites dans le PLFSS pour 2014 permettront également de poser les premiers jalons d'une évolution en profondeur de la tarification à l'activité. Enfin, des mesures spécifiques favoriseront une meilleure organisation des soins de proximité, initiée par la LFSS pour 2013, en étendant le soutien aux structures pluriprofessionnelles et en sécurisant le financement des coopérations entre professionnels de santé.

㉘ Le deuxième axe comprend la poursuite des actions de maîtrise des dépenses liées aux produits de santé, tant en ville qu'en établissements de santé. Ces actions consistent à la fois en des baisses de prix négociées par le comité économique des produits de santé et en un meilleur contrôle des volumes (maintien d'un taux très élevé de substitution des génériques, développement d'un répertoire des médicaments biosimilaires, modernisation et simplification des mécanismes contractuels de régulation des médicaments inscrits sur la liste en sus…). Les efforts de maîtrise médicalisée seront poursuivis avec des objectifs ambitieux et, conformément aux préconisations de la Cour des Comptes, des baisses de prix ciblées permettront en outre de réguler la dépense de certains soins de ville (radiologie et biologie).

㉙ Enfin, un sous-objectif supplémentaire sera créé, qui rassemblera les dépenses d'assurance maladie relative au fonds d'intervention régional, donnant ainsi sa pleine visibilité à un instrument qui, par la souplesse de gestion de ses crédits qu'il confère aux ARS, est essentiel au pilotage efficient des dépenses de santé.

㉚ **III. – Cet effort de redressement sera accompagné d'un apport modéré de nouvelles recettes.**

㉛ Cet effort sur la dépense de l'ensemble des branches de la sécurité sociale sera complété par un apport, qui restera toutefois modéré, de nouvelles recettes. En effet, les gains fiscaux attendus de la réforme du mode de calcul du quotient familial et de la fiscalisation de la participation des employeurs au financement des contrats collectifs relatifs à la protection complémentaire contribueront au redressement des comptes de la sécurité sociale dès 2014. Le projet de loi de finances prévoit donc l'affectation de produits de TVA à due concurrence au régime général. Par ailleurs, la branche vieillesse sera affectataire, dès 2015, des gains attendus de la fiscalisation des majorations de pension pour enfants et qui sont estimés à 1,2 Md€.

㉜ Une mesure de rationalisation du cadre de gestion des prélèvements sociaux sur les produits de placement, proposée dans le cadre du PLFSS pour 2014 devrait par ailleurs générer des recettes supplémentaires.

㉝ Enfin, la réaffectation de ces recettes au sein de la sphère sociale est l'occasion de rationaliser les modalités de financement, en s'appuyant notamment sur les recommandations formulées par le Haut Conseil au Financement de la Protection Sociale (HCFiPS). Ainsi, la CNAF recevra un panier de recettes comportant de la CSG, les contributions sur les jeux,

ainsi qu'une part de la taxe sur les véhicules de sociétés. Pour sa part, le forfait social sera recentré sur la branche vieillesse et la CNAM recevra une part élevée des prélèvements sur les revenus du capital. Les taux de CSG feront, pour leur part, l'objet d'une harmonisation.

㉞

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	141,8	148,0	154,9	157,5	163,7	168,8	174,6	180,5
Dépenses	153,4	156,6	160,8	165,2	169,9	174,2	178,6	183,1
Solde	**-11,6**	**-8,6**	**-5,9**	**-7,7**	**-6,2**	**-5,4**	**-4,0**	**-2,6**
AT/MP								
Recettes	10,5	11,3	11,5	11,8	12,1	12,5	13,0	13,5
Dépenses	11,2	11,6	11,7	11,5	12,0	12,1	12,3	12,5
Solde	**-0,7**	**-0,2**	**-0,2**	**0,3**	**0,1**	**0,4**	**0,6**	**0,9**
Famille								
Recettes	49,9	51,9	53,8	54,8	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	52,6	54,5	56,3	57,6	59,2	60,6	62,0	63,1
Solde	**-2,7**	**-2,6**	**-2,5**	**-2,8**	**-2,3**	**-1,9**	**-1,6**	**-1,0**
Vieillesse								
Recettes	93,4	100,5	105,4	111,3	116,0	120,4	125,5	130,1
Dépenses	102,3	106,5	110,2	114,6	117,2	121,0	125,5	129,5
Solde	**-8,9**	**-6,0**	**-4,8**	**-3,3**	**-1,2**	**-0,6**	**0,1**	**0,6**
Toutes branches consolidées								
Recettes	285,6	300,8	314,0	323,5	336,6	348,0	360,7	373,0
Dépenses	309,6	318,2	327,3	337,0	346,2	355,6	365,6	375,0
Solde	**-23,9**	**-17,4**	**-13,3**	**-13,5**	**-9,6**	**-7,6**	**-4,9**	**-2,1**

㉟

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

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	164,8	171,7	178,8	181,7	188,0	193,4	199,6	206,1
Dépenses	176,2	180,3	184,7	189,5	194,1	198,8	203,7	208,7
Solde	**-11,4**	**-8,5**	**-5,9**	**-7,8**	**-6,2**	**-5,5**	**-4,1**	**-2,7**
AT/MP								
Recettes	11,9	12,8	13,1	13,2	13,5	13,9	14,4	14,9
Dépenses	12,6	13,0	13,7	12,9	13,3	13,5	13,7	13,9
Solde	**-0,7**	**-0,1**	**-0,6**	**0,4**	**0,1**	**0,4**	**0,7**	**1,0**
Famille								
Recettes	50,4	52,3	54,1	55,2	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	53,0	54,9	56,6	58,0	59,2	60,6	62,0	63,1
Solde	**-2,7**	**-2,6**	**-2,5**	**-2,8**	**-2,3**	**-1,9**	**-1,6**	**-1,0**
Vieillesse								
Recettes	183,3	194,6	203,4	212,1	219,4	226,3	234,1	241,3
Dépenses	194,1	202,4	209,5	216,2	221,0	227,4	234,9	242,0
Solde	**-10,8**	**-7,9**	**-6,1**	**-4,1**	**-1,6**	**-1,1**	**-0,8**	**-0,6**
Toutes branches consolidées								
Recettes	399,5	419,4	436,3	449,4	464,7	478,8	494,8	510,3
Dépenses	425,0	438,5	451,4	463,7	474,6	486,9	500,6	513,6
Solde	**-25,5**	**-19,1**	**-15,1**	**-14,3**	**-10,0**	**-8,1**	**-5,8**	**-3,3**

㊱

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	9,8	14,0	14,7	16,9	17,2	17,5	17,9	18,4
Dépenses	13,8	17,5	18,9	19,7	20,4	20,5	20,5	20,4
Solde	**-4,1**	**-3,4**	**-4,1**	**-2,7**	**-3,2**	**-3,1**	**-2,6**	**-2,0**

ANNEXE C

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

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

② Exercice 2014 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base
Cotisations effectives	85,0	122,0	35,1	12,5	252,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,6	1,3	0,5	0,0	3,5
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,0	0,0	0,3	38,9
Contribution sociale généralisée	64,2	0,0	10,8	0,0	74,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,2	19,1	9,6	0,1	61,0
Transferts	1,4	38,4	0,4	0,1	29,3
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	2,9	0,5	0,5	0,3	4,2
Recettes	188,0	219,4	56,9	13,5	464,7

③ Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

④ **II. – Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale**

⑤ Exercice 2014 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régime général
Cotisations effectives	75,7	72,5	35,1	11,6	193,1
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,3	1,0	0,5	0,0	2,8
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	55,7	0,0	10,8	0,0	66,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	25,4	13,1	9,6	0,1	48,1
Transferts	3,1	29,2	0,4	0,0	22,6
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,6	0,2	0,5	0,3	3,7
Recettes	163,7	116,0	56,9	12,1	336,6

⑥ Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

⑦ **III. – Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**

⑧ Exercice 2014 (en milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	11,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,0
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	17,2

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2014

NOR : EFIX1324269L/Bleue

ETUDE D'IMPACT

8 OCTOBRE 2013

ARTICLE 3

MOBILISATION DES EXCEDENTS DU FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER (FEH)

I. Présentation de la mesure

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

Depuis 2010 et malgré un solde positif entre le montant des cotisations et le montant des prestations versées, la CNRACL connaît des résultats déficitaires. Cette situation s'explique essentiellement par :

- la dégradation continue du ratio démographique qui se traduit par une augmentation des prestations supérieure à celle des cotisations ;

- la contribution au titre de la compensation vieillesse inter-régimes qui s'est élevée à 1,7 Md€ en 2011 et 1,4 Md€ en 2012 ;

- la mise en œuvre de l'article 59 de la loi de finances pour 2010 qui prévoit un dispositif de neutralisation des conséquences financières de l'acte II de la décentralisation. Ce dispositif représente en effet une « charge » pour la CNRACL avant de devenir une « ressource » à partir de 2020.

En l'absence de mesures de redressement, ces déficits successifs auraient conduit la CNRACL à la consommation totale de ses réserves dans le courant de l'année 2013. Dans ce contexte, le Gouvernement a adopté fin 2012 plusieurs mesures visant à assurer l'équilibre financier du régime et à garantir le paiement des pensions jusqu'à début 2015. Ce plan de redressement s'est s'articulé autour :

- d'une mesure structurante consistant en un relèvement de la contribution employeur de 1,45 % en 2013 et 1,35 % en 2014 ;

- d'une mesure complémentaire reposant sur le transfert à la CNRACL, fin 2012, des excédents du Fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des collectivités territoriales (FATIACL) et du Fonds de compensation de la cessation progressive d'activité (FCCPA), tous deux surdotés par rapport au niveau des prestations servies.

Toutefois, ces mesures de redressement ne permettent pas de couvrir les besoins de trésorerie auxquels la CNRACL est confrontée à chaque fin de mois compte tenu du décalage entre la date de versement des pensions, servies à J-3 avant la fin du mois, et la date de recouvrement des cotisations, au plus tard le 5 du mois suivant.

Pour 2013, la couverture du besoin de financement de la CNRACL, qui devrait atteindre -710 M€ en fin d'année selon les dernières prévisions du régime, est assurée par un montage financier reposant sur un conventionnement avec la Caisse des dépôts (par ailleurs gestionnaire du régime), La Banque postale et Arkéa pour un montant total de 930 M€, complété par des avances de trésorerie de la Caisse des dépôts pour couvrir d'éventuels pics de trésorerie (pour un montant maximum de 300 M€). Ce montage ne perdure cependant que jusqu'au 30 décembre 2013, date à laquelle la CNRACL devra rembourser les prêts obtenus.

Ainsi, la CNRACL devra à nouveau recourir, dans la limite du plafond d'emprunt fixé par le PLFSS pour 2014, à des financements pour assurer ses besoins de trésorerie en 2014, qui atteindront jusqu'à 800 M€ en février 2014.

La mesure proposée consiste donc à minorer le montant des emprunts que devra contracter la Caisse en 2014 en prévoyant le transfert à la CNRACL d'une partie des excédents du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), également géré par la Caisse des dépôts (établissement de Bordeaux).

Ce Fonds[1] a pour objet la prise en charge des surcoûts financiers supportés par les établissements hospitaliers au titre du temps partiel, de la cessation anticipée d'activité, de certaines formations et aides à la mobilité et du compte épargne temps qu'ils accordent à leurs personnels titulaires et

[1] Créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994.

contractuels. Il est financé par une contribution de 1% à la charge des employeurs[2] hospitaliers assise :

- pour les fonctionnaires titulaires et stagiaires (affiliés à la CNRACL), sur leur traitement indiciaire brut[3], à l'instar des cotisations versées à la CNRACL ;
- pour les agents contractuels (affiliés au régime général), sur les rémunérations perçues dans la limite du plafond de la sécurité sociale.

L'intervention du législateur est nécessaire pour pouvoir procéder à ce transfert.

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 pour l'emploi hospitaliers (FEH)[4].

Le FEH, qui a dégagé 35,8 M€ de résultat net en 2012, est en effet structurellement excédentaire, la contribution employeur le finançant étant supérieure à ses besoins réels en termes de prestations. Son niveau de réserves s'élève à plus de 233 M€ fin 2012 et devrait continuer à augmenter lors des prochains exercices selon les dernières prévisions de la Caisse des dépôts et consignations (+ 37 M€ en 2013 et + 39 M€ en 2014).

Un montant de 200 M€ pourrait ainsi être transféré à la CNRACL tout en garantissant un fonds de roulement suffisant au FEH.

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

Cette mesure prend place dans la deuxième 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 ayant un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base relatives à l'affectation de ces recettes.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

---

[2] Taux en vigueur depuis le 1er janvier 2002 en application de l'article 1er du décret n° 2002-160 du 7 février 2002.

[3] Au traitement indiciaire brut s'ajoute également la nouvelle bonification indiciaire.

[4] Ce fonds participe au financement des surcoûts, supportés par les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, liés au travail à temps partiel à 80% ou 90%, à la cessation progressive d'activité, au congé de formation professionnelle, aux mobilités et au compte épargne-temps de leurs agents fonctionnaires et contractuels.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

Non

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)	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

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014	2015	2016	2017
CNRACL	+ 200 M€				
FEH	- 200 M€				

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

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les 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 FEH.

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

Le transfert de 200 M€ d'excédents permettra de réduire le déficit prévisionnel de la CNRACL au 31 décembre 2013 à -207 M€ (contre - 407 M€ sans le transfert[5]). Ce transfert **permettra par ailleurs d'alléger les** besoins de trésorerie auxquels la Caisse devra faire face fin décembre 2013, suite au remboursement des prêts contractés en 2013 (- 31 M€ contre - 231 M€), et en 2014 (-168 au lieu de -368 en décembre).

Ce transfert réduira d'autant le montant des réserves du FEH, tout en préservant un niveau de disponibilités suffisant pour que ce fonds puisse assurer les engagements qui sont les siens.

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 et du FEH), la mesure consistant en un virement bancaire depuis les comptes du FEH 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 ? Non

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 pour l'emploi hospitalier 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 ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

[5] Prévisions CNRACL de juillet 2013

ARTICLE 4

MISE EN ŒUVRE DE LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES ASSURANT LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE EN SANTE A L'AVENANT N°8 A LA CONVENTION MEDICALE

I. Présentation de la mesure

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

L'article 7 de l'avenant n° 8 **à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011** traduit le souhait des organismes complémentaires de « participer au développement des nouveaux modes de rémunération en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 millions d'euros, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants ».

La présente mesure vise à déterminer les modalités de mise en œuvre de cette participation en prévoyant une contribution des organismes complémentaires au financement du nouveau forfait qui permet au médecin traitant de percevoir 5 € par an et par patient non atteint d'une affection de longue durée (ALD), décidé par les signataires de l'avenant 8.

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

Mesure proposée

En l'absence à ce jour d'un mécanisme de tiers payant intégral permettant aux organismes complémentaires de verser directement aux médecins traitants cette participation, un dispositif transitoire est mis en place pour le versement de la contribution des organismes complémentaires par l'intermédiaire de l'assurance maladie obligatoire et de remboursements par ces organismes des dépenses avancées dans ce cadre.

Le versement de la participation est dû par chaque organisme complémentaire en activité au 31 décembre de l'année civile en cours (année N). Cette participation correspond au produit d'un forfait annuel par le nombre d'assurés et ayants droit couverts par cet organisme ayant bénéficié, au cours de l'année civile précédente (année N-1), d'au moins une consultation ou d'une visite auprès de leur médecin traitant ayant donné lieu à prise en charge du ticket modérateur par l'organisme complémentaire.

Le montant du forfait annuel est égal au rapport entre le montant de 150 millions d'euros (correspondant, en année pleine, à l'engagement financier des organismes complémentaires prévu à l'avenant 8) et le nombre d'assurés et ayants droits remplissant les conditions mentionnées au paragraphe précédent. Il est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite de cinq euros.

Les modalités d'échanges des données nécessaires à la détermination du montant du forfait, notamment les effectifs d'assurés remplissant les conditions précitées, seront déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Il est enfin proposé que la participation soit recouvrée par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) d'Ile-de-France et que son produit soit affecté à la branche maladie du régime général. Le recouvrement de la participation sera annuel. Par souci de simplicité de gestion, le recouvrement de cette participation sera adossé à la dernière échéance de recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférente aux garanties de protection complémentaire de l'année N, c'est-à-dire à la fin du mois de janvier N+1.Pour la TSA, les sommes dues au titre de la taxe sont en effet versées au plus tard le dernier jour du 1er mois de chaque trimestre civil qui suit la date d'émission des primes ou cotisations.

Le choix de prendre en compte, pour le calcul du montant de la participation au titre de l'année N, des effectifs d'assurés relatifs à l'année N-1 plutôt qu'à l'année N, permettra de fixer le montant du forfait dans le courant de l'année N et de garantir que le montant global de la participation acquittée en janvier N+1 n'excèdera pas le montant global de l'engagement pris par l'UNOCAM à hauteur de

150 M€ en année pleine. Il permet d'éviter la mise en place d'un mécanisme de régularisation qui aurait été complexe en gestion et peu lisible pour les organismes complémentaires.

Compte tenu de l'objectif de généralisation du tiers payant, ces modalités de versement de la participation des organismes complémentaires au financement de l'amélioration du suivi, de la prévention et de la qualité des soins ont vocation à être transitoires et il est donc prévu que ces modalités s'éteignent au 31 décembre 2016, année d'échéance de la convention médicale.

Autres mesures possibles

Une autre option aurait pu consister en un paiement direct du forfait au médecin traitant par l'organisme complémentaire du patient. Néanmoins, en l'absence à ce jour de tiers-payant généralisé chez les médecins permettant des flux financiers directs entre les professionnels et les organismes complémentaires, cette option est provisoirement écartée au profit du mécanisme transitoire de reversement de la contribution des OC par l'intermédiaire de l'assurance maladie décrit ci-dessus.

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

La mesure a un impact sur les recettes des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie estimé à 75 M€ dès l'année 2013 et à 150 millions d'euros en année pleine. Elle prend ainsi place dans la partie rectificative de la loi de financement.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 présentant un caractère transitoire dans l'attente de la mise en place du tiers payant généralisé, il n'est pas proposé de la codifier.

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

Rappel : impact financier pour l'AMO du forfait médecin traitant (FMT)

Seules les personnes de plus de 16 ans doivent déclarer un médecin traitant afin de pouvoir bénéficier du parcours de soins : 53,5 millions de personnes sont ainsi concernées. Parmi celles-ci, environ 43,5 millions ne bénéficient pas d'une exonération de ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD). A fin mars 2012, 88 % des patients sans ALD avaient déclaré un médecin traitant. Au total, environ 38 millions de personnes de plus de 16 ans ne bénéficiant pas d'une exonération au titre d'une ALD ont choisi un médecin traitant[6]. Sur la base d'un forfait à 5€ par patient, le coût du forfait médecin traitant pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie serait ainsi de 190 M€.

Sachant que 4% de la population n'est pas couverte par une complémentaire santé et que 6% l'est au titre de la CMUc, une première estimation du nombre de personnes prises en compte pour le calcul de la contribution serait de 31,4 millions d'assurés et ayants droit. Ce nombre doit toutefois être abattu compte tenu de la condition d'une consultation ou d'une visite dans l'année[7]. Selon les informations de la CNAMTS, 6 % des assurés n'ont pas consommé de soins en 2010[8]. Au total, on pourrait retenir une population non consommante d'environ 2,8 millions de personnes[9].

La population prise en compte pour le calcul de la contribution serait ainsi comprise entre 28,5 millions et 31,4 millions de personnes, selon le taux de non-consommants parmi les patients ayant choisi un médecin traitant.

Une contribution de 5€ due par les OC pour chaque assuré et ayants droit de plus de 16 ans au titre d'une consultation ou d'une visite de son médecin traitant est compatible avec la fourchette précitée. Elle devra être affinée au vu des données les plus récentes à concurrence de 150 M€.

Concernant la prise en compte de cette mesure dans l'ONDAM, le périmètre 2013 ayant été défini dans l'annexe 7 du PLFSS 2013 sans référence à cette contribution, il ne sera pas possible d'en tenir compte dans le constat de l'ONDAM 2013. La mesure devrait néanmoins minorer le déficit de l'assurance maladie à hauteur de 75 M€ en 2013. Elle sera prise en compte dans le constat de l'ONDAM 2014. L'annexe 7 du PLFSS 2014 précisera ainsi que cette contribution constituera une recette atténuative de l'ONDAM à l'instar des remises conventionnelles, venant modérer ainsi l'évolution tendancielle à hauteur de 75 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2013 (rectificatif)	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*
	+75	+150	+ 150	+ 150	

[6] Le forfait médecin traitant ne concerne que les patients ayant choisi un médecin traitant conventionné en secteur 1 ou en secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins. Toutefois, sachant que les médecins traitants sont en majorité des généralistes, et que 93 % de ces derniers sont conventionnés en secteur 1, le nombre de patients retenu n'est pas beaucoup surévalué.

[7] Cette condition a été posée par l'UNOCAM lors des négociations relatives au financement du forfait médecin traitant.

[8] Selon toute vraisemblance, ces non assurés ne sont pas, à de rares exceptions, des patients en ALD ou de jeunes enfants.

[9] A ce stade, nous ne disposons pas d'informations sur le recoupement des 6 % non consommants et des personnes non ALD n'ayant pas déclaré de médecins traitant.

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 aura un impact mesuré sur les complémentaires santé. Le marché des complémentaires santé représente en effet 30 milliards d'euros.

b) impacts sociaux :

Cette mesure permettra aux complémentaires santé de participer au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins traitants en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 millions d'euros.

c) impacts sur l'environnement :

Cette mesure n'aura pas d'incidence sur l'environnement.

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

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques :

La mesure est neutre pour les médecins, qui bénéficieront dans tous les cas du forfait servi par l'assurance maladie obligatoire.

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

La mesure prévoit que le recouvrement soit confié à l'URSSAF d'Ile de France, qui est l'organisme compétent pour le recouvrement de la TSA. .

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

Compte tenu des éléments présentés au point b), les modalités d'échange d'informations entre les organismes complémentaires, les caisses et l'URSSAF d'Ile de France en vue de la fixation du montant du forfait annuel seront définies par décret en Conseil d'Etat.

La mesure entrainera potentiellement un impact sur les systèmes d'information des organismes complémentaires, de l'organisme de recouvrement, voire de l'assurance maladie obligatoire, compte tenu des mises à jour à prévoir.

d) impact budgétaire :

La mesure impactera le budget des organismes complémentaires.

e) impact sur l'emploi :

La mesure n'aura aucune incidence sur l'emploi, tant au sein des organismes d'assurance maladie complémentaire, que des organismes d'assurance maladie obligatoire.

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

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

La mesure nécessitera la publication de deux décrets et d'un arrêté

Par ailleurs, le formulaire déclaratif de la TSA devra être modifié en conséquence ; dès lors, un arrêté sera pris à ce sujet pour adapter le déclaratif (notamment mettre une rubrique supplémentaire pour déclarer la contribution).

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** :

Il conviendra de procéder à la modification du formulaire de la TSA dans les plus brefs délais et en accord avec l'ACOSS (qui pilote la maîtrise d'ouvrage des formulaires et des circuits d'affectation) en vue d'un encaissement dans les délais nécessaires à une bonne clôture des comptes de la sécurité sociale.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'année 2013, il sera également nécessaire de procéder à une bonne information des organismes complémentaires dans un délai assez bref car ces derniers n'auront qu'un mois pour déclarer au 31 janvier 2014 le montant dû au titre de 2013 sur la base des effectifs des assurés et ayant-droits de 2012. Un bordereau spécifique à l'échéance du 31 janvier 2014 sera préférable à une modification de la déclaration TSA du 4ème trimestre – ce dernier ne sera pas pris par voie d'arrêté, la cerfatisation seule étant nécessaire.

De plus, pour la mise en fonctionnement effectif de la mesure, il conviendra également de prévoir la communication des effectifs 2013 par les OC - intervenant dans le calcul du forfait pour la participation due au 1er janvier 2015 - sur le bordereau TSA (sans doute celui du premier trimestre, soit au 30 avril) afin de pouvoir ensuite procéder à la rédaction de l'arrêté des ministres qui fixe le montant du forfait annuel égal au rapport entre le montant de 150 millions d'euros et le nombre d'assurés et ayants droits.

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

Les assurés et les médecins seront informés de la démarche entreprise par les organismes complémentaires via différents canaux, à la fois par les assurances maladie obligatoires et complémentaires.

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 du versement de la contribution de chaque organisme complémentaire sera mis en place par l'URSSAF d'Ile de France et l'assurance maladie obligatoire.

Annexe : version consolidée de l'article (cet article ne fera pas l'objet d'une codification)

	I. – A - Il est institué une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale par les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. La participation est due par chaque organisme, mentionné au premier alinéa, en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle elle est perçue. Elle est égale au produit d'un forfait annuel par le nombre d'assurés et ayants droit couverts par l'organisme, à l'exclusion des bénéficiaires de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est perçue et pour lesquels ce dernier a pris en charge, au cours de cette même année, au moins une fois, en tout ou partie, la participation de l'assuré due au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du même code. Le montant du forfait annuel est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Il est égal au résultat de la division d'un montant de 150 millions d'euros par le nombre d'assurés et ayants droit remplissant les conditions définies à l'alinéa précédent, sans pouvoir excéder la limite de 5 €. Le résultat obtenu est arrondi au centime d'euro le plus proche. Les modalités d'échanges des données nécessaires à la détermination du montant du forfait annuel, notamment les effectifs des assurés et des ayants droit remplissant les conditions définies au troisième alinéa, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. B. – Par dérogation aux dispositions du A, pour le calcul de la participation due au titre de l'année 2013, le forfait annuel par assuré ou ayant-droit est fixé à 2,5 €. II. –La participation est recouvrée par l'organisme

	désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette taxe sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'Etat. Elle est contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues pour la même taxe. III. – La participation mentionnée au I est due pour chacune des années 2013 à 2016.

ARTICLE 5

RECTIFICATION DU MONTANT DE LA DOTATION AU FMESPP, A L'ONIAM ET A L'EPRUS

Le présent article rectifie les dotations de l'assurance maladie 2013 à divers fonds et établissements.

RESTITUTION PAR L'EPRUS AUX REGIMES DE BASE D'ASSURANCE MALADIE

I. Présentation de la mesure

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

L'article L3135-4 du code de la santé publique prévoit que la contribution des régimes de base d'assurance maladie au financement de l'Etablissement de préparation et d'urgence sanitaire (EPRUS) ne peut excéder 50% des dépenses effectuées relatives aux produits de santé nécessaire pour protéger la population contre une menace sanitaire grave. Il est prévu que ce plafond s'apprécie sur des périodes de trois années consécutives. Aussi, pour la période 2007-2009, l'article 6 de la LFSS 2011 avait prévu une régularisation de 331,6 M€.

Sur la période 2010 - 2012, les dépenses auxquelles les régimes d'assurance maladie et l'Etat doivent contribuer à parité se sont montées à 324.752.001,65 €, ce qui correspond à une participation théorique de l'assurance maladie de 162.376.000,83 €. Les lois de financement de la sécurité sociale successives ont porté à 190.000.000 € le montant de la participation de ces régimes. La participation des régimes excède donc de 27.623.999,18 € le plafond prévu à l'article L.3135-4.

Il importe donc de prévoir une régularisation comptable dans le cadre de la LFSS pour 2014.

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

Mesure proposée :

Une seule option est ouverte pour respecter la volonté explicite du législateur de faire respecter la règle de partage des charges entre les régimes d'assurance maladie et le budget de l'Etat.

La mesure proposée prévoit donc une restitution à hauteur de 27.623.999,18 €, qui correspond à la différence entre les dotations des régimes d'assurance maladie versées à l'EPRUS entre 2010 et 2012 et les dépenses effectivement engagées sur la période.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget répartira ce montant entre les différents régimes.

Autres options possibles : sans objet.

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

La mesure, qui a un effet sur les dépenses de l'assurance maladie pour l'année en cours, trouve sa place en loi de financement au titre des dispositions du A du V de l'article LO 111-3 du 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 nationale.

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

Cette disposition n'étant pas pérenne, elle n'a pas vocation à être codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

Sans objet.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Le calcul de l'impact financier est explicité dans les chapitres I et II.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
Régimes de base d'assurance maladie	27,6 M€				

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

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

a) impacts économiques

Cette mesure consistant en un transfert entre l'EPRUS et les régimes d'assurance maladie, elle n'a pas d'impact économique.

b) impacts sociaux

Cette mesure consistant en un transfert entre l'EPRUS et les régimes d'assurance maladie, elle n'a pas d'impacts sociaux.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure consistant en un transfert entre l'EPRUS et les régimes d'assurance maladie, elle n'a pas d'impacts environnementaux.

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

Cette mesure consistant en un transfert entre l'EPRUS et les régimes d'assurance maladie, elle n'a pas d'impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes.

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 consistant en un transfert entre l'EPRUS et les régimes d'assurance maladie, elle n'a pas d'impact sur les personnes physiques.

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

Ce transfert impactera à la marge les comptes des régimes de base d'assurance maladie et de l'EPRUS.

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

S'agissant d'une opération comptable simple, cette mesure n'entraînera pas d'alourdissement de la charge administrative des régimes et du fonds. Aucun ajustement des systèmes d'information n'est nécessaire.

d) impact budgétaire

La mesure n'a pas d'impact budgétaire car la dotation, au titre de 2014, de l'assurance maladie à l'EPRUS ne sera pas modifiée.

e) impact sur l'emploi

Cette mesure de transfert financier n'a pas d'impact sur l'emploi.

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

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

Un arrêt conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget répartira ce montant entre les différents régimes d'assurance maladie.

2. Existence de mesures transitoires ?

Aucune mesure transitoire n'est nécessaire pour assurer la mise en œuvre de cette disposition.

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

Cette mesure n'affecte pas les assurés et les cotisants et n'a donc pas à leur être notifiée.

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.

REVISION DES DOTATIONS AU FMESPP

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 2013 sont de 26,8 M€.

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

Mesure proposée :

En application des dispositions précitées, la somme de 26,8 M€ doit être déduite, au titre de la prescription constatée sur l'année 2013, du montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP pour l'année 2013 tel que fixé par le I de l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, soit 370,27 M€.

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 2013, soit 343,47 M€, doit faire l'objet d'une inscription en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, en modification du I de l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

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 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 2013 sont déduites du montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP pour l'année 2013.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 P	2015	2016	2017
Régimes obligatoires de l'assurance maladie	+ 26,8				

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

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

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

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 73 *actuel* de la LFSS pour 2013	**Article 73 *modifié* de la LFSS pour 2013**
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 370,27 millions d'euros pour l'année 2013.	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 **343,47** millions d'euros pour l'année 2013.

REVISION DE LA DOTATION A L'ONIAM

I. Présentation de la mesure

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

En application du 1° de l'article L 1142-23 du code de la santé publique modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux, du VIH, du VHC, du VHB et du HTLV. Compte tenu de l'accélération des délais de traitement de l'office dès le début de l'exercice et de l'apurement du stock des dossiers qui s'en est suivi, les prévisions de dépenses fin 2013 sont revues à la hausse.

Ainsi, la présente mesure a pour objet de majorer le montant de cette dotation fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 au regard des nouvelles prévisions de dépenses et de ressources au 31 décembre 2013.

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

Mesure proposée :

Le total des dépenses fin 2013 à la charge de l'assurance maladie est estimé à 157,4 M€ (provisions incluses) contre 134,8M€ dans le budget initial. :

Compte tenu de la nécessité pour l'ONIAM de disposer d'un montant prudentiel de réserves estimé à environ 13M€, du résultat cumulé fin 2012 (16,2 M€) et des ressources propres de l'ONIAM, il est proposé de porter la dotation initiale de 124 M€ à 139M€.

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

Le 1° de la partie recettes de l'article L1142-23 du code de la santé publique prévoit une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'office. Or, l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que l'affectation, totale ou partielle, d'une recette exclusive des régimes obligatoires de base de sécurité sociale [...] à toute autre personne morale ne peut résulter que d'une disposition de loi de financement.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 +)*				
	2013 (rectificatif)	***2014 P ou R***	***2015***	***2016***	***2017***
Assurance maladie du régime général	- 15				

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.

d) impacts sur légalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

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

Aucun.

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

Aucun.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

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

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

La mesure est d'application immédiate.

2. **Existence de mesures transitoires ?**

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

5. **Suivi de la mise en œuvre**

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

Non

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

Dans le rapport d'activité annuel de l'office figurent notamment les délais de traitement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, les délais moyens de présentation d'une offre par l'ONIAM, le nombre d'offres faites et l'évolution du nombre des dossiers en stock.

REVISION DE LA DOTATION A L'EPRUS

I. Présentation de la mesure

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

L'article L3135-4 du code de la santé publique prévoit que la contribution des régimes de base d'assurance maladie au financement de l'Etablissement de préparation et d'urgence sanitaire (EPRUS) ne peut excéder 50% des dépenses effectuées relatives aux produits de santé nécessaire pour protéger la population contre une menace sanitaire grave. Il est prévu que ce plafond s'apprécie sur des périodes de trois années consécutives.

Certaines actions programmées sur la période 2010-2012 ont finalement été reportées en 2013 mais leur coût (20 M€) n'avait pas été intégré dans les lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Afin de respecter la parité Etat - assurance maladie, il convient d'augmenter le montant de la contribution de l'assurance maladie à l'EPRUS pour 2013 de 10 M€.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée prévoit une augmentation de la dotation 2013 à hauteur de 10 M€ : elle passera de 22,2 M€ à 32,2 M€.

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

La mesure, qui a un effet sur les dépenses de l'assurance maladie pour l'année en cours, trouve sa place en loi de financement au titre des dispositions du A du V de l'article LO 111-3 du 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014

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 nationale.

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

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

Sans objet.

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 calcul de l'impact financier est explicité dans les chapitres I et II.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
Régimes de base d'assurance maladie	- 10 M€				

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

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

3. **Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les 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

Cette dotation aura un impact sur les comptes des régimes de base d'assurance maladie et de l'EPRUS de 10M€ pour l'année 2013.

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 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 ?

Non

si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

ARTICLE 8
REFONTE DES PRELEVEMENTS SOCIAUX SUR LES PRODUITS DE PLACEMENT

I. Présentation de la mesure

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

❖ Des modalités d'impositions hétérogènes et complexes

Les revenus de placement sont soumis à cinq prélèvements sociaux cumulatifs :

- la contribution sociale généralisée (CSG), en application de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale (CSS) ;
- la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), en application de l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 ;
- le prélèvement social, en application de l'article L. 245-15 du code de l'action sociale et des familles ;
- le prélèvement de solidarité, en application de l'article 1600-0 S du code général des impôts – et, avant la création de ce prélèvement par l'article 3 de la LFSS pour 2013, la contribution dite « RSA » antérieurement définie au III de l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles ;
- la contribution additionnelle, dite « solidarité-autonomie », en application de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles.

Ces cinq prélèvements obéissent aux mêmes règles d'assiette (par renvoi aux dispositions relatives à la CSG). Le taux global en vigueur depuis le 1er juillet 2012 de ces contributions et prélèvements est de 15,5 %.

Toutefois, tous les produits de placement ne sont pas assujettis aux prélèvements sociaux selon les mêmes modalités.

En premier lieu, ces modalités diffèrent selon le type de fait générateur :

- certains produits, qui correspondent le plus souvent à des revenus, sont taxés « au fil de l'eau » c'est-à-dire au moment où le gain est acquis (par exemple, inscription des intérêts au compte) : c'est le cas des intérêts des comptes-épargne logement (CEL) ; des contrats d'assurance-vie en euros et part en euros des contrats d'assurance-vie multisupports depuis le 1er juillet 2011 ; des intérêts des plans d'épargne-logement (PEL) ouverts depuis le 1er mars 2011, ou, pour les PEL antérieurs, les intérêts inscrits au-delà du dixième anniversaire du plan ;

- d'autres produits, qui résultent le plus souvent de plus-values, sont assujettis aux prélèvements sociaux à une date ultérieure qui correspond au moment où les gains sont véritablement appréhendés, au dénouement ou au rachat du produit d'épargne : lors du dénouement du contrat, du retrait partiel ou du décès de l'assuré pour la partie en unités de compte des contrats d'assurance-vie (ainsi que pour les produits résultant du compartiment en euro inscrits au bon ou contrat avant le 1er juillet 2011) ; lors d'un rachat partiel ou de la clôture d'un plan d'épargne en actions (PEA) ; lors du versement pour la prime d'épargne des PEL ; pour les intérêts des PEL ouverts avant le 1er mars 2011, lors du dixième anniversaire ou au dénouement s'il intervient avant ; lors de la liquidation pour les produits de l'épargne salariale (participation aux résultats de l'entreprise et plans d'épargne salariale, notamment plans d'épargne d'entreprise).

En second lieu, les modalités d'imposition aux prélèvements sociaux des produits de placement diffèrent selon leur régime d'imposition à l'impôt sur le revenu (IR). Ainsi :

- les produits imposables à l'IR relèvent du I de l'article L. 136-7 du CSS et sont soumis aux prélèvements sociaux aux taux en vigueur au moment de la réalisation du fait générateur quelle que soit « l'ancienneté » de ces produits et quelle que soit la nature du fait générateur (taxation au fil de l'eau ou lors du dénouement ou retrait) ;

- les produits non imposables à l'IR relèvent du II de l'article L. 136-7 et sont soumis aux prélèvements sociaux soit aux taux en vigueur au moment de leur inscription en compte (fait générateur au fil de l'eau), soit selon leurs « taux historiques » si le fait générateur est constitué par le dénouement ou le retrait (ou le décès de l'assuré pour les contrats d'assurance-vie). Sont ainsi exonérés d'IR, notamment : les produits des PEA ouverts depuis plus de cinq ans, les produits des PEL jusqu'à douze ans, les produits des assurances-vie relatifs aux primes versées avant le 26 septembre 1997, et les revenus de l'épargne salariale.

Synthèse des modalités d'imposition des principaux produits d'épargne financière		
Fait générateur / Régime IR	**imposable à l'IR**	**non imposable à l'IR**
fil de l'eau	- intérêts acquis sur primes versées depuis le 26/09/1997 sur des contrats d'assurance-vie monosupport (en euros) - intérêts acquis depuis le 01/01/2011 sur un compartiment en euros des contrats d'assurance-vie multisupport relatifs à des primes versées depuis le 26/09/1997 - intérêts sur PEL de plus de 12 ans - dividendes - produits de placement à revenu fixe (obligations, TCN, ...) - intérêts acquis sur livrets fiscalisés	- intérêts acquis sur des primes versées avant le 26/09/1997 sur des contrats d'assurance-vie monosupport (en euros) - intrêts acquis depuis le 01/01/2011 dans un compartiment en euros de contrat d'assurance-vie multisupport relatifs à des primes versées avant le 26/09/1997 - intérêts sur CEL - intérêts sur PEL ouverts depuis le 01/03/2011 - intérêts sur PEL de plus de 10 ans
régime des PS	taux en vigueur au moment de l'inscription en compte	taux en vigueur au moment de l'inscription en compte
dénouement ou retrait	- produit des primes versées depuis le 26/09/1997 sur des contrats d'assurance-vie en unités de compte - intérêts acquis avant le 01/01/2011 sur le compartiment en euros des contrats d'assurance-vie multissuport relatifs à des primes versées depuis le 26/09/1997 - produit des PEA de moins de cinq ans - plus-values mobilières (actions)	- produit des primes versées avant le 26/09/1997 sur des contrats d'assurance-vie en unités de compte - intérêts inscrits avant le 01/01/2011 sur un compartiment en euros de contrat d'assurance-vie multisupport relatifs à des primes versées avant le 26/09/1997 - produit des PEA de plus de cinq ans - revenus de l'épargne salariale (PEE, PEI, PERCO) - produit des plans d'épargne populaire - intérêts acquis sur PEL ouverts avant le 01/01/2011 au 10ème anniversaire ou à la clôture si antrérieure - primes versées sur CEL - PEL
régime des PS	taux en vigueur au moment du fait générateur	**application des taux historiques**

Pour les placements financiers exonérés d'IR et soumis aux contributions et prélèvements à leur dénouement, retrait (ou au décès de l'épargnant pour la seule assurance-vie), à chaque création d'un nouveau prélèvement ou à chaque augmentation du taux d'un prélèvement existant, le législateur a prévu, par des dispositions d'entrée en vigueur non codifiées, que le nouveau prélèvement ou le nouveau taux n'était applicable qu'au titre de la part de ces produits supposée « acquise ou constatée » à compter de la nouvelle loi.

Toutefois, ces dispositions d'entrée en vigueur successives n'ont jamais été justifiées par un objectif du législateur en vue d'orienter l'épargne ou de favoriser certains comportements de la part des épargnants.

Aussi, bien que les règles d'assiette soient définies pour tous les prélèvements par référence à celle de la CSG, la profondeur historique de l'assiette propre à chaque prélèvement ou contribution dépend de son entrée en vigueur et/ou des hausses successives de taux.

Il en résulte que, lors de la réalisation du fait générateur de l'impôt (par exemple, le rachat d'un contrat d'assurance-vie en unités de compte), les prélèvements sociaux sont déterminés par application des « taux historiques » : l'assiette taxable est alors segmentée en fractions, selon les périodes auxquelles elles sont supposées avoir été « acquises ou constatées ». Ne sont appliqués à chacune de ces fractions que les prélèvements qui existaient et au taux en vigueur lors de la période correspondante.

Application des taux historiques	
produits acquis ou constatés	**taux global de taxation**
avant le 01/02/1996	0,0%
du 01/02/96 au 01/01/97	0,5%
du 01/01/97 au 01/01/98	3,9%
du 01/01/98 au 01//07/04	10,0%
du 01/07/04 au 01/01/05	10,3%
du 01/01/05 au 01/01/09	11,0%
du 01/01/09 au 01/01/11	12,1%
du 01/01/11 au 01/10/11	12,3%
du 01/10/11 au 01/07/12	13,5%
à compter du 01/07/12	15,5%

L'application des « taux historiques » concerne essentiellement des placements pour lesquels l'acquisition des produits n'est réellement constatée qu'au moment du fait générateur par dénouement ou retrait (ou par décès concernant l'assurance-vie).

❖ Une légitimité des taux historiques difficilement justifiable

Dès lors que les taux des prélèvements sociaux ont régulièrement crû, la règle des « taux historiques » apparaît particulièrement favorable puisqu'elle conduit à appliquer des taux plus bas que les taux en vigueur au moment du fait générateur.

Il convient dès lors de s'interroger sur la légitimité de cette méthode. En effet :

- elle avantage ces produits par rapport à d'autres produits dont la profondeur historique peut être la même et qui peuvent être de nature identique : ainsi, les plus-values imposables à l'IR (immobilières ou mobilières) sont soumises aux prélèvements sociaux aux taux en vigueur au moment de la réalisation de la plus-value (soit 15,5% aujourd'hui) sans que l'acquisition de cette plus-value soit répartie artificiellement dans le temps, alors que le produit d'un PEA ou d'une assurance-vie non imposable à l'IR[10] et dont l'antériorité pourrait être la même bénéficie de l'application des taux historiques, plus avantageuse. De même, les produits de primes versées le 1er janvier 1998 sur un contrat d'assurance-vie en unités de comptes sont soumis aux prélèvements sociaux aux taux en vigueur lors de la réalisation d'un fait générateur (dénouement ou rachat), alors qu'un même montant versé à cette même date dans un PEA, ou un versement effectué un an plus tôt sur un contrat d'assurance-vie, bénéficie de l'application des taux historiques. Il en découle, au regard du montant des prélèvements sociaux opérés, une inégalité de traitement concernant la taxation des produits issus de placements pouvant être similaires et/ou ayant la même profondeur historique.

- en outre, la doctrine fiscale traite favorablement les éventuelles moins-values dites « intercalaires » - c'est-à-dire celles constatées sur certains compartiments historiques – puisqu'elles peuvent s'imputer sur des plus-values taxées à des taux supérieurs. Le traitement retenu pour les différents compartiments passés est donc systématiquement le plus avantageux : si le compartiment affiche une plus-value, il est taxé au taux historique, tandis que s'il affiche une moins-value il peut être imputé sur un taux ultérieur et donc supérieur, ce qui réduit d'autant plus le montant de la taxation.

Par ailleurs, ce régime dérogatoire, d'autant plus favorable aux épargnants que l'écart de taux a crû sensiblement ces dernières années se cumule pour les contribuables avec l'exonération d'IR, augmentant ainsi le différentiel de prélèvement global.

Ainsi, par exemple, pour 100 € de plus-value retirés en 2013 d'un placement effectué le 1er janvier 1998, le montant des prélèvements sociaux opérés sera de 15,5 € s'il s'agit d'un produit issu d'un contrat d'assurance-vie en unités de comptes[11] et de 11 € si cette plus-value résulte d'un plan d'épargne en actions[12], soit une moindre taxation du produit issu du PEA de 29 % alors que les deux

[10] Cas des produits issus de primes versées antérieurement au 26/09/1997
[11] Les produits des primes versées sur des contrats d'assurance-vie à compter du 26 septembre 1997 sont imposables à l'IR et donc soumis aux prélèvements sociaux aux taux en vigueur au moment du fait générateur (dénouement, rachat ou décès).
[12] Hypothèses retenues :

placements présentent un risque similaire. S'ajoute par ailleurs le différentiel d'imposition en matière d'impôt sur le revenu[13] conduisant à une taxation globale du produit issu du PEA deux fois moindre que celle du produit issue de l'assurance-vie. De même, pour 100 € de plus-value retirés en 2013 d'un placement effectué le 1er janvier 1983, le montant des prélèvements sociaux opérés sera de 15,5 € s'il s'agit d'une plus-value mobilière imposée par voie de rôle (ex : placement en actions) et de 5,7 €[14] s'il s'agit d'un produit issu d'un contrat d'assurance-vie en unités de compte[15], soit un différentiel de taxation de – 63 %.

Par ailleurs, cette méthode de calcul a pour inconvénient de générer une complexité croissante à chaque nouvelle évolution des prélèvements sociaux, par création ou augmentation de leurs taux (notamment pour le calcul des plus-values ou moins-values intercalaires). Elle se traduit par une lourdeur de gestion aussi bien pour les établissements financiers qui doivent conserver l'historique des produits générés pour chaque contrat que pour l'administration chargée du recouvrement et du contrôle, et génère des incompréhensions et des réclamations de la part des épargnants auprès de leur établissement gestionnaire.

Cette situation conduit aujourd'hui le Gouvernement à proposer de rétablir l'égalité de traitement entre contribuables en matière de prélèvements sociaux, quelle que soit la nature des revenus de placement, et quelles que soit leurs modalités d'imposition à l'IR, par le biais d'une harmonisation des modalités de calcul des prélèvements sociaux. .

❖ Par ailleurs, les règles actuelles de déclaration et d'acompte apparaissent peu lisibles

Les contributions et prélèvements sociaux sur les revenus de placement font actuellement l'objet du versement par les redevables payeurs de deux acomptes (au 25 septembre et au 25 novembre). La base d'acompte est constituée de 100% des produits soumis à la contribution sociale et aux prélèvements sociaux au titre de décembre et janvier. Toutefois, il n'est pas procédé actuellement au

valeur au	taux des PS	valeur du placement	montant de la plus-value latente par strate	prélèvements sociaux
01/01/1998	10,0%	100		
01/07/2004	10,3%	150	50	5,0
01/01/2005	11,0%	155	5	0,5
01/01/2009	12,1%	175	20	2,2
01/01/2011	12,3%	185	10	1,2
01/10/2011	13,5%	190	5	0,6
01/07/2012	15,5%	195	5	0,7
01/09/2013	15,5%	200	5	0,8
TOTAL des prélèvements sociaux opérés				**11,0**

[13] le produit issu de primes versées à compter du 26 septembre 1997 sur contrat d'assurance-vie est taxé au taux forfaitaire de 7,5% alors que le produit issu du PEA est exonéré d'IR.

[14] Hypothèses retenues :

valeur au	taux des PS	valeur du placement	montant de la plus-value latente par strate	prélèvements sociaux
01/01/1983	0%	100		
01/02/1996	0,50%	145	45	-
01/01/1997	3,40%	147	2	0,0
01/01/1998	10,0%	149	2	0,1
01/07/2004	10,3%	175	26	2,6
01/01/2005	11,0%	176	1	0,1
01/01/2009	12,1%	185	9	1,0
01/01/2011	12,3%	192	7	0,8
01/10/2011	13,5%	193	1	0,1
01/07/2012	15,5%	195	2	0,3
01/09/2013	15,5%	200	5	0,8
TOTAL des prélèvements sociaux opérés				**5,7**

[15] Les produits des primes versées sur des contrats d'assurance-vie en unité de compte avant le 26 septembre 1997 sont exonérés d'IR et donc soumis aux prélèvements sociaux selon la règle des « taux historiques »

versement d'un acompte au titre de la CRDS. Il en découle de nombreux cas de régularisation (restitution ou imputation de trop versé) et de réaffectation entre organismes affectataires lors des échéances de solde (déclarations de janvier et février).

Une mesure de simplification et de rationalisation de l'acompte qui réduirait à un le nombre des échéances ainsi que le taux d'acompte mais intégrerait la CRDS apparaît donc opportune, aussi bien pour les redevables que pour l'administration gestionnaire ou les organismes affectataires.

- Entrée en vigueur des prélèvements sociaux sur les revenus du capital à Mayotte

Pour tirer les conséquences de la transformation de la communauté d'outre-mer de Mayotte en département, l'ordonnance n° 2013- 837 du 19 septembre 2013 relative à l'adaptation du code des douanes, du code général des impôts, du livre des procédures fiscales et d'autres dispositions législatives fiscales et douanières applicables à Mayotte a précisé l'entrée en vigueur à Mayotte de l'ensemble des impôts et taxes. Toutefois, les dispositions relatives aux prélèvements sociaux sur les revenus du capital (revenus du patrimoine et revenus de placement) n'ont pu y être intégrées *in fine* faute d'une saisine préalable des caisses du régime général.

Aussi, il convient, dans le cadre du PLFSS 2014, de préciser les dates d'entrée à Mayotte en vigueur des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et de placement.

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

Mesures proposées :

- Suppression des règles dérogatoires de calcul des prélèvements sociaux sur certains revenus de placement exonérés d'impôts sur le revenu

Afin de rétablir une égalité de traitement entre les contribuables recourant à des produits de placement équivalents, il est proposé de mettre fin à l'application des « taux historiques » actuellement en vigueur.

La mesure proposée consiste, pour les produits de placement non imposables à l'impôt sur le revenu et imposés aux contribution et prélèvements sociaux lors de leur dénouement, retrait (ou décès pour l'assurance-vie), et donc actuellement soumis aux prélèvements sociaux selon leurs taux historiques, à aligner l'assiette de tous les prélèvements sur celle de la contribution sociale généralisée telle que codifiée à l'article L. 136-7 du CSS, c'est-à-dire les gains acquis à compter du 1er janvier 1997, et à leur appliquer le taux des prélèvements en vigueur à la date du fait générateur.

Ceci permet de traiter de façon égale les différents bénéficiaires de produits de placement, en appliquant les mêmes règles de taux et d'assiettes pour les prélèvements sociaux, que les produits soient imposables ou pas à l'impôt sur le revenu.

Ainsi le taux global de 15,5% serait appliqué à l'intégralité des gains constitués depuis 1997 (année qui correspond à l'assujettissement des produits de placement à la CSG) pour un rendement total (tous affectataires confondus) estimé à 600 M€ en 2014

Cette mesure simplifie en outre les travaux de liquidation et de déclaration des établissements financiers qui sont les redevables de ces prélèvements retenus à la source.Afin d'éviter tout risque de déstabilisation des encours de l'épargne financière par le jeu de comportements d'anticipation, il est proposé que l'entrée en vigueur soit fixée à la date de l'annonce de la mesure lors de la présentation du PLFSS 2014 à la Commission des comptes de la sécurité sociale, à savoir le 26 septembre 2013. La mesure s'applique donc aux seuls faits générateurs postérieurs.

- . Simplification et rationalisation des règles de déclaration et d'acompte

Par mesure de simplification, il est proposé de ne plus retenir qu'une unique date d'acompte en octobre au lieu de deux actuellement et de faire coïncider cette échéance avec l'échéance de droit commun du mois considéré, soit le 15 octobre en lieu et place d'échéances d'acompte au 25 septembre et 25 novembre actuellement.

Par ailleurs, par mesure de rationalisation, il est proposé d'élargir le champ de l'acompte à la CRDS qui en est aujourd'hui exclue.

Enfin, pour neutraliser en matière de trésorerie cet élargissement de périmètre et réduire substantiellement les cas de trop versé d'acompte qui donnent lieu à restitution ou imputation lors du dépôt des déclarations de solde, il est proposé de ramener l'assiette de l'acompte de 100% actuellement à 97 % des produits déclarés au titre des périodes d'affaire de décembre et janvier.

❖ Entrée en vigueur des prélèvements sociaux sur les revenus du capital à Mayotte

Pour compléter l'ordonnance n° 2013- 837 du 19 septembre 2013 relative à l'adaptation du code des douanes, du code général des impôts, du livre des procédures fiscales et d'autres dispositions législatives fiscales et douanières applicables à Mayotte, il est proposé de préciser les modalités d'entrée en vigueur des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Ainsi :

- Les revenus du patrimoine seraient soumis aux prélèvements sociaux à compter de l'imposition des revenus perçus au cours de l'année 2013 ;
- Les revenus de placement qui font l'objet d'un prélèvement forfaitaire libératoire à la source, seraient soumis aux prélèvements sociaux à compter du 1er janvier 2014 ;
- Corrélativement et concomitamment, il est proposé de supprimer la contribution sociale de 2% sur les revenus du capital recouvrée par la sécurité sociale de Mayotte et instituée par les dispositions du 3° du I de l'article 28-3 de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

Autres options possibles :

S'agissant du mode de calcul des prélèvements sociaux, une option alternative consisterait à appliquer le taux en vigueur au dénouement du contrat (soit un taux de 15,5 % aujourd'hui) à l'ensemble des produits, quelle que soit leur date d'acquisition ou de constatation. Cette option conduirait donc potentiellement à élargir l'assiette des prélèvements sociaux à des produits acquis antérieurement à l'assujettissement de ces produits aux prélèvements sociaux en 1997.

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

Le projet modifie les règles d'assiette, de taux et de recouvrement des prélèvements sociaux sur les revenus de placement affectés notamment au régime général de la sécurité sociale et relève par suite du champ 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 conforme aux règles de droit communautaire ainsi qu'à la CEDH.

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

a) Possibilité de codification

Le dispositif requiert une modification des articles L. 136-7 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale, l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, l'article 1600-0 S du codes général des impôts et de l'article 16 de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mise en application à Mayotte des prélèvements sociaux sur les revenus du capital conduit à abroger le 3° du I de l'article 28-3 de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

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

La mesure d'alignement de l'assiette de l'ensemble des prélèvements sociaux sur celle de la CSG et de suppression de l'application des taux historiques conduirait, d'après les données déclaratives relatives à 2012, à un gain total en 2014 de +600 M€ qui se répartirait en +450 M€ pour les organismes affectataires du champ de la loi de financement de la sécurité sociale (dont pour partie la CADES et la CNSA) et +150 M€ pour les fonds gérés par l'Etat (FNSA, FNAL, FS).

La ventilation de ce gain entre prélèvements et organismes affectataires serait la suivante (avant modification des clés d'affectations issue de l'article 15 du présent projet de loi de financement) :

en M€	Total	Régimes maladie	CNAF	CNAV	CNSA	CADES	FSV	FNSA	FNAL	Fonds de solidarité	Total
CSG	8,2%	63	9	0	1	5	9,0	0	0	0	**87**
CRDS	0,5%										**0**
P. social	4,5%	0	27	213	0	101	8	0	0	0	**349**
CSA	0,3%	0	0	0	14	0	0	0	0	0	**14**
P. solidarité	2,0%	0	0	0	0	0	0	109	34	8	**150**
Total	**15,5%**	**63**	**36**	**213**	**15**	**106**	**17**	**109**	**34**	**8**	**600**

Ce gain aurait tendance à diminuer avec le temps au fur et à mesure de l'extinction (par dénouement ou retrait) de la part des produits taxés antérieurement aux taux historiques. Toutefois, cette extinction est difficile à modéliser. Il est donc fait l'hypothèse qu'elle sera linéaire sur dix ans, ce qui conduit à un gain total sur cette période estimé à 2,5 Md€ pour les affectataires de la sphère sociale

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *R*	2015	2016	2017
		+450	+405	+360	+315

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

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

a) impacts économiques

La mise en œuvre de la mesure envisagée nécessite de la part des redevables tiers-déclarants (organismes financiers) et de l'administration des adaptations de leurs systèmes informatiques. Toutefois, les frais engagés à ce titre seront compensés par le gain significatif lié à la simplification des règles de prélèvements, et notamment lors des éventuelles futures évolutions de taux des prélèvements.

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

La réforme envisagée en matière de simplification de l'acompte aura pour conséquence de réduire le nombre des échéances déclaratives réduisant d'autant le nombre de déclarations papier utilisées.

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

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

La mesure se traduit par une augmentation des prélèvements sociaux dus sur les produits de placement. Par ailleurs, cette mesure aura pour effet une meilleure lisibilité (assiette unique et taux unique).

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

La réforme, en allégeant les éléments de liquidation des prélèvements dans les supports déclaratifs (déclaration n°2777), permettra d'y introduire des éléments d'assiettes aujourd'hui inexistants : la prévision, l'analyse et le pilotage des ces recettes s'en trouveront ainsi grandement améliorés.

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

La mesure envisagée constitue pour l'administration en charge du recouvrement une mesure de simplification qui réduira significativement sa charge de gestion (diminution du nombre des échéances déclaratives, rationalisation des dates d'échéance). Une adaptation des supports déclaratifs et des systèmes d'information est nécessaire mais les frais correspondants doivent être mis en regard des simplifications de gestion qui seront constatées notamment en cas d'évolution des taux à l'avenir.

d) impact budgétaire

Impact favorable sur le budget des fonds de l'Etat intervenant dans la sphère de la solidarité (FNSA, FNAL, FS) : 150 M€ en 2014

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

Cette mesure est d'application immédiate. Toutefois, les nouvelles modalités relatives à l'acompte et à la détermination des prélèvements sociaux dus sur les produits exonérés d'impôt sur le revenu et dont le fait générateur est constitué par le dénouement ou le retrait (ou le décès) seront précisées dans un BOFiP

2. Existence de mesures transitoires ?

Néant

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

Néant

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables tiers-déclarants seront informés par le site impots.gouv.fr de la DGFiP et le service en charge de la gestion des déclarations concernées (DRESG).

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. 136-7 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 136-7 *modifié* du code de la sécurité sociale**
I.-Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les produits de placements sur lesquels sont opérés les prélèvements prévus au II de l'article 125-0 A du code général des impôts, aux II, III, second alinéa du 4° et deuxième alinéa du 9° du III bis de l'article 125 A du même code, ainsi que les produits de placements mentionnés au I du même article 125 A et ceux mentionnés au I de l'article 125-0 A du même code retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France, sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 ou des 3° et 4° du II du présent article.	I.-Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les produits de placements sur lesquels sont opérés les prélèvements prévus au II de l'article 125-0 A ~~du code général des impôts,~~ aux **,** II, III, second alinéa du 4° et deuxième alinéa du 9° du III bis de l'article 125 A **et I de l'article 125 D** du même code, ainsi que les produits de placements mentionnés au**x** I ~~du même~~ **des** article**s** 125 A et ~~ceux mentionnés au I de l'article~~ 125-0 A du même code retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France, sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 ou des 3° et 4° du II du présent article.
Sont également assujettis à cette contribution :	Sont également assujettis à cette contribution :
1° Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les revenus distribués mentionnés au 1° du 3 de l'article 158 du même code dont le paiement est assuré par une personne établie en France et retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 du présent code. Le présent 1° ne s'applique pas aux revenus perçus dans un plan d'épargne en actions défini au 5° du II du présent article ;	1° Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, **les revenus distribués sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 117 *quater* du même code, ainsi que** les revenus distribués mentionnés au 1° du 3 de l'article 158 du même code dont le paiement est assuré par une personne établie en France et retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 du présent code. Le présent 1° ne s'applique pas aux revenus perçus dans un plan d'épargne en actions défini au 5° du II du présent article ;
(…)	(…)
IV.-1. La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement mentionnés au présent article, à l'exception de celle due sur les revenus et plus-values mentionnés aux 1° et 2° du I, fait l'objet d'un versement déterminé sur la base du montant des revenus de placement soumis l'année précédente à la contribution sociale généralisée au titre des mois de décembre et janvier. Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son	IV.-1**.** La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement mentionnés au présent article, à l'exception de celle due sur les revenus et plus-values mentionnés aux 1° et 2° du I, fait l'objet d'un versement déterminé sur la base du montant des revenus de placement soumis l'année précédente à la contribution sociale généralisée au titre des mois de décembre et janvier. Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8.~~ Son~~

paiement doit intervenir le 25 septembre pour 80 % de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les 20 % restants. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'Etat aux organismes affectataires.	~~paiement doit intervenir le 25 septembre pour 80 % de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les 20 % restants.~~ **Son paiement intervient le 15 octobre pour 97% de son montant.** Il est reversé dans un délai de dix jours francs après **cette date** ~~ces dates~~ par l'Etat aux organismes affectataires.
2. Lorsque l'établissement payeur estime que le versement dû en application du 1 est supérieur à la contribution dont il sera redevable au titre des mois de décembre et janvier, il peut réduire ce versement à concurrence de l'excédent estimé.	2. Lorsque l'établissement payeur estime que le versement dû en application du 1 est supérieur à la contribution dont il sera redevable au titre des mois de décembre et janvier, il peut réduire ce versement à concurrence de l'excédent estimé.
3. Lors du dépôt en janvier et février des déclarations, l'établissement payeur procède à la liquidation de la contribution. Lorsque le versement effectué en application des 1 et 2 est supérieur à la contribution réellement due, le surplus est imputé sur la contribution sociale généralisée due à raison des autres produits de placement et, le cas échéant, sur les autres prélèvements ; l'excédent éventuel est restitué.	3. Lors du dépôt en janvier et février des déclarations, l'établissement payeur procède à la liquidation de la contribution. Lorsque le versement effectué en application des 1 et 2 est supérieur à la contribution réellement due, le surplus est imputé sur la contribution sociale généralisée due à raison des autres produits de placement et, le cas échéant, sur les autres prélèvements ; l'excédent éventuel est restitué.
4. Lorsque la contribution sociale généralisée réellement due au titre des mois de décembre et janvier est supérieure au versement réduit par l'établissement payeur en application du 2, la majoration prévue au 1 de l'article 1731 du code général des impôts s'applique à cette différence. L'assiette de cette majoration est toutefois limitée à la différence entre le montant du versement calculé dans les conditions du 1 et celui réduit dans les conditions du 2.	4. Lorsque la contribution sociale généralisée réellement due au titre des mois de décembre et janvier est supérieure au versement réduit par l'établissement payeur en application du 2, la majoration prévue au 1 de l'article 1731 du code général des impôts s'applique à cette différence. L'assiette de cette majoration est toutefois limitée à la différence entre le montant du versement calculé dans les conditions du 1 et celui réduit dans les conditions du 2.
V.-La contribution visée au premier alinéa du I et aux II et IV ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 125 A du code général des impôts. La contribution visée au 1° du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 117 quater du code général des impôts.	V.-La contribution visée au premier alinéa du I et aux II et IV ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 125 A du code général des impôts. La contribution visée au 1° du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 117 quater du code général des impôts.
VI.-La contribution portant sur les plus-values mentionnées au 2° du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu.	VI.-La contribution portant sur les plus-values mentionnées au 2° du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu.
La contribution portant sur les plus-values mentionnées au I bis est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 244 bis A du code général des impôts	La contribution portant sur les plus-values mentionnées au I bis est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 244 bis A du code général des impôts

Article L. 245-15 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 245-15 *modifié* du code de la sécurité sociale**
Les produits de placement assujettis à la contribution prévue aux I à II de l'article L. 136-7 sont assujettis à un prélèvement social. Les dispositions des III à VI de ce même article sont applicables au prélèvement mentionné à l'alinéa précédent.	Les produits de placement ~~assujettis à la contribution prévue aux I à II de~~ **mentionnés à** l'article L. 136-7 sont assujettis à un prélèvement social **dont l'assiette est celle définie à cet article**. Les dispositions des III à VI de ce même article sont applicables au prélèvement mentionné à l'alinéa précédent.
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 ; 1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus au III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale. Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ; 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	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 avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus au III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale. Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ; 2° Une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont ~~assises,~~ contrôlées, recouvrées et exigibles dans les

mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;	mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ; **L'assiette de ces contributions additionnelles est celle définie à ces articles.**
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 1600-0 S *actuel* du code général des impôts	**Article 1600-0 S *actuel* du code général des impôts**
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 la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale. Le prélèvement de solidarité mentionné au 2° du même I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution	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 la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale. Le prélèvement de solidarité mentionné au 2° du même I est ~~assis,~~ contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que 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 2 %. 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 ; 3° 0,1 point au fonds mentionné à l'article L. 5423-24 du code du travail.	mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale. **L'assiette de ce prélèvement est celle définie à cet article.** III. — Le taux des prélèvements de solidarité mentionnés au I est fixé à 2 %. 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 ; 3° 0,1 point au fonds mentionné à l'article L. 5423-24 du code du travail.
Article 16 *actuel* de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996	**Article 16 *modifié* de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996**
I.- Il est institué, à compter du 1er février 1996, une contribution prélevée sur les produits de placement désignés aux I et I bis de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3° et 4° du II de l' article L. 136-7 du code de la sécurité sociale. Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues aux V et VI du même article. II. - Sont également soumis à la contribution mentionnée au I les produits de placement mentionnés au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale pour la partie acquise à compter du 1er février 1996 et, le cas échéant, constatée à compter de la même date en ce qui concerne les placements visés aux 3° à 9° du même II. Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues aux III, III bis et V de l'article L. 136-7 du même code.	I.- Il est institué, à compter du 1er février 1996, une contribution prélevée sur les produits de placement **mentionnés à l'article L. 136-7 dont l'assiette est celle définie à cet article.** ~~désignés aux I et I bis de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3° et 4° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale. Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues aux V et VI du même article.~~ II. – **Les III à IV de ce même article sont applicables à la contribution mentionnée au I.** ~~Sont également soumis à la contribution mentionnée au I les produits de placement mentionnés au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale pour la partie acquise à compter du 1er février 1996 et, le cas échéant, constatée à compter de la même date en ce qui concerne les placements visés aux 3° à 9° du même II~~ ~~Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues aux III, III bis et V de l'article L. 136-7 du même code.~~
Article 28-3 *actuel* de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996	**Article 28-3 *modifié* de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996**
I. — Le financement du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte prévu à l'article 19 est assuré par une contribution sociale assise :	I. — Le financement du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte prévu à l'article 19 est assuré par une contribution sociale assise :

1° Sur l'ensemble des rémunérations et des revenus d'activité définis à l'article 28-1, qui sont perçus par les salariés et les travailleurs indépendants agricoles et non agricoles ; 2° Sur les pensions, allocations de retraite ou d'invalidité, allocations chômage ainsi que sur tous les autres revenus de remplacement, sous réserve des exonérations accordées aux titulaires de ces revenus dont les ressources sont insuffisantes ; la définition et les modalités de ces exonérations sont fixées par décret ; 3° Sur les revenus du patrimoine ou de placement tels que pris en compte pour la détermination du revenu imposable dans les conditions applicables à Mayotte. (…)	1° Sur l'ensemble des rémunérations et des revenus d'activité définis à l'article 28-1, qui sont perçus par les salariés et les travailleurs indépendants agricoles et non agricoles ; 2° Sur les pensions, allocations de retraite ou d'invalidité, allocations chômage ainsi que sur tous les autres revenus de remplacement, sous réserve des exonérations accordées aux titulaires de ces revenus dont les ressources sont insuffisantes ; la définition et les modalités de ces exonérations sont fixées par décret ; 3° ~~Sur les revenus du patrimoine ou de placement tels que pris en compte pour la détermination du revenu imposable dans les conditions applicables à Mayotte.~~ (…)

ARTICLE 9

FINANCEMENT DES MESURES PRISES EN MATIERE DE RETRAITES COMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES AGRICOLES

I. Présentation de la mesure

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

1.1 Mesure d'intégration des dividendes

a) Dans les sociétés agricoles relevant de l'impôt sur le revenu (IR) ou de l'impôt sur les sociétés (IS) (hors GAEC), la qualité des associés de la structure est libre sauf dans les EARL où les associés exploitants doivent détenir ensemble plus de 50% des parts représentatives du capital.

Ainsi, sous réserve de cette limite, les sociétés agricoles peuvent être composées à la fois d'associés participant aux travaux et d'associés non participant aux travaux.

Par ailleurs, les associés disposent d'une grande liberté dans la répartition du capital social.

Dans ces conditions, les exploitants agricoles souhaitant s'installer en société ont une certaine latitude dans le montage sociétaire envisagé : s'installer avec un autre chef d'exploitation, s'installer grâce à des fonds issus d'investisseurs, s'installer avec un membre de sa famille déclaré comme simple apporteur de capitaux, etc...

Aussi, certains exploitants agricoles en société se sont attribués 51% des revenus issus de la société tout en attribuant 49% à leur époux(se) déclaré(e) comme non participant aux travaux. Le même montage peut également concerner les enfants mineurs de l'exploitant.

L'assiette des cotisations sociales est alors seulement constituée de 51% des revenus issus de la société, les autres 49% faisant seulement l'objet des prélèvements sociaux sur le revenu du capital (taux global de 15,5%).

b) Dans les sociétés relevant de l'IS, on distingue deux types de revenus que peuvent percevoir les associés.

Tous les associés, qu'ils participent ou non aux travaux, peuvent percevoir des revenus de capitaux mobiliers (RCM). Par ailleurs, certains associés participant aux travaux peuvent percevoir des revenus dénommés « rémunérations article 62 » en fonction de leur qualité dans la société : il s'agit notamment des gérants majoritaires de SARL, des associés en nom des sociétés de personnes et des associés uniques des EURL ou EARL.

Ainsi, un associé participant aux travaux peut percevoir à la fois des « rémunérations article 62 » et des RCM. L'assiette sociale des intéressés est alors déterminée de la façon suivante :

– si le non salarié agricole perçoit uniquement des RCM, ses cotisations sociales sont assises sur une assiette forfaitaire (cette assiette diffère selon que le montant des RCM perçus est inférieur ou supérieur à 2 028 SMIC),

– si le non salarié agricole perçoit des RCM et des « rémunérations article 62 », seules celles-ci sont prises en compte dans l'assiette sociale.

Compte tenu de l'articulation de ce dispositif, certains non salariés agricoles ont tendance à se verser à la fois une faible « rémunération article 62 » soumise à cotisations et contributions sociales et d'importants RCM soumis aux seuls prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

Ces non salariés agricoles augmentent ainsi leur revenu disponible net au détriment de leurs droits sociaux et de l'équité en termes de niveau de prélèvement social.

1.2 Prélèvement sur les réserves de la MSA

Jusqu'au 31 décembre 2013, les dépenses de gestion administratives de la MSA sont financées par des cotisations complémentaires de gestion. Aussi, les recettes destinées à couvrir les dépenses de gestion administrative de la MSA évoluent comme le revenu professionnel des agriculteurs et comme la masse salariale agricole, indépendamment du niveau des dépenses qui sont limitées par la convention d'objectifs et de gestion (COG).

Ce système de financement a permis à la MSA d'accumuler des réserves financières. Ces réserves ont permis notamment d'absorber les aléas de rentrée de cotisations.

La réforme mise en place par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a garanti un financement pérenne à la gestion de la MSA. A compter du 1er janvier 2014, les dépenses de gestion de la Mutualité sociale agricole, normées par la COG, ne sont plus financées par des cotisations de gestion mais prélevées directement sur les ressources des différents régimes.

Un effet de cette réforme est de rendre obsolète l'existence de certaines réserves de gestion dans les caisses locales de MSA. Aussi, leur propriété a été transférée à la Caisse centrale de la MSA par le III de l'article 37 de la LFSS pour 2013.

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

2.1. Mesure d'intégration des dividendes

Dans le cadre de la LFSS pour 2013, il a été décidé d'intégrer, dans l'assiette des cotisations sociales des non salariés non agricoles, la fraction des revenus de capitaux mobiliers qui excède 10 % du capital social, perçus par le non salarié non agricole, son conjoint, son partenaire PACS ou ses enfants mineurs non émancipés.

Si le principe du dispositif proposé pour les non salariés agricoles est analogue à celui mis en place pour les non salariés non agricoles, son objectif est plus large.

En effet, dans la mesure où la perte d'assiette liée à la répartition des revenus peut indistinctement être constatée dans les sociétés relevant de l'IS ou de l'IR, le dispositif agricole prévoit d'intégrer les revenus perçus par le conjoint, le partenaire PACS ou les enfants mineurs dès lors que ceux-ci ont le statut d'associé non participant aux travaux quel que soit le régime d'imposition de la société :

- les revenus de capitaux mobiliers dans les sociétés à l'IS,
- les BA, BIC et BNC dans les sociétés à l'IR.

A l'instar du dispositif mis en place pour les travailleurs indépendants à effet du 1er janvier 2013, seule la part supérieure à 10 % du capital social sera prise en compte dans l'assiette sociale.

Par ailleurs, dans un souci de cohérence du dispositif et d'harmonisation avec la législation applicable aux non salariés non agricoles, le traitement des revenus des non salariés agricoles (NSA) issus des sociétés à l'IS doit être revu.

1) Le dispositif permettant aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole percevant à la fois des revenus de capitaux mobiliers et des rémunérations de l'article 62 du CGI de n'être redevables de cotisations et contributions sociales que sur les seules « rémunérations article 62 » est supprimé. En effet, ce dispositif permet actuellement une évasion sociale consistant à ce que certains chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole se versent de faibles « rémunérations article 62 » et un montant important de RCM. Seules les « rémunérations article 62 » sont alors soumises à cotisations sociales.

Dans un objectif d'harmonisation avec la solution retenue pour les non salariés non agricoles, il est proposé que l'assiette des cotisations sociales prenne en compte à la fois les « rémunérations article 62 » et les RCM et non plus uniquement l'un ou l'autre.

2) Le dispositif d'assiette forfaitaire pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole percevant des RCM doit également être modifié. En effet, actuellement, les cotisations dont sont redevables les personnes qui perçoivent exclusivement des RCM au titre de leur activité NSA sont calculées sur la

base d'une assiette forfaitaire. Celle-ci est fixée à 2028 SMIC lorsque le montant des RCM est inférieur à 2028 SMIC puis progressive lorsque le montant des RCM est supérieur à 2028 SMIC.

La prise en compte des RCM versés aux conjoints et enfants mineurs et l'ouverture du cumul entre RCM et « rémunérations article 62 » ne justifient plus de maintenir ce dispositif d'assiette forfaitaire. Il est donc proposé de le supprimer.

Mesure proposée : La mesure vise à intégrer, dans l'assiette des cotisations sociales des non salariés agricoles, la part des revenus de capitaux mobiliers (RCM) perçus par le non salarié agricole, son conjoint, son partenaire PACS ou ses enfants mineurs non émancipés ainsi que les bénéfices agricoles (BA), les bénéfices industriels et commerciaux (BIC) et les bénéfices non commerciaux (BNC) perçus par son conjoint, son partenaire PACS ou ses enfants mineurs non émancipés en leur qualité d'associé non participant aux travaux de la société.

2.2. Prélèvement sur les réserves de la MSA

L'existence de certaines réserves de gestion de la MSA étant à présent inutile, il est désormais possible de mobiliser ces réserves, au titre du financement des mesures favorables aux retraités agricoles.

La mesure proposée mobilise environ la moitié de ces réserves à hauteur de 160 M€ afin de permettre une montée en charge de la mesure visant à intégrer les dividendes dans l'assiette sociale (mesure n°1).

Le prélèvement sur les réserves de 160 M€ est affecté directement au financement des dépenses techniques de la RCO. Cette somme sera mobilisée à raison de 40 M€ par an de 2014 à 2017

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

La mesure sur l'intégration des dividendes a des effets sur les recettes des régimes obligatoires de base en termes notamment d'assiette des cotisations et contributions affectées à ces régimes. A ce titre, elle relève du B du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

La mesure sur le prélèvement des réserves trouve sa place en PLFSS au titre de l'article LO-111-3 (dispositions ayant un effet sur la mise en réserve de recettes) La disposition vient minorer les fonds propres des régimes de base de la MSA. Ces fonds auraient pu être utilisés pour le financement de la gestion administrative ou l'action sociale de la MSA et diminuer à due concurrence le prélèvement opéré à compter du 1er janvier 2014 sur les recettes des différents régimes pour financer cette gestion.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 ?

Mesures de la seule compétence de la loi française

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) ?

Mesures compatibles

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

a) Possibilité de codification

Mesure « Dividende » : l'assiette des cotisations sociales des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole est déterminée aux articles L. 731-14 et suivants du code rural et de la pêche maritime. Certains de ces articles sont donc modifiés.

Mesure « Réserves » : cette mesure non permanente ne sera pas codifiée

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

La mesure « Dividendes » n'est pas applicable dans les départements et collectivités d'outre-mer dans la mesure où l'assiette des cotisations et contributions sociales y est déterminée en fonction de la superficie exploitée et non des revenus professionnels.

Sans objet pour la mesure « Réserves »

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

IV. Evaluation des impacts

IV.1 Mesure « Dividendes »

1. **Impact financier**

L'impact financier de la mesure est évalué à partir de deux sources qui se complètent :

- la base de données exhaustive 2011 des cotisants non-salariés de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) dont dispose le MAAF en application de l'article L. 723-13-2 du code rural et de la pêche maritime et du décret n° 2011-229 du 2 mars 2011 ;
- une enquête réalisée par la CCMSA auprès de trois caisses de MSA concernant les associés des structures sociétaires agricoles. Les trois caisses enquêtées (Loire-Atlantique Vendée, Maine et Loire et Franche-Comté) sont considérées comme représentatives des tendances nationales au regard de la part des exploitations sous forme sociétaires et des caractéristiques de celles-ci.

Il est possible d'estimer, à partir de la première source d'information, la fraction des bénéfices des sociétés revenant aux associés non exploitants. En effet, la part des bénéfices revenant aux associés exploitant est connue dans la base de données. C'est donc par déduction que la part de bénéfices revenant aux associés non exploitant peut être estimée.

Ainsi, **le montant des bénéfices revenant aux associés non participant aux travaux est estimé à 1 770 M€ en 2011**.

Dans la mesure où les associés non participant aux travaux ne sont pas redevables de cotisations sociales à la MSA, ils ne figurent pas dans la base de données et le lien qui unit ces personnes avec les associés exploitant est donc inconnu (lien de parenté ou non, nature du lien de parenté).

Il ne fait pas de doute que les liens familiaux entre associés au sein des sociétés sont prépondérants. Une étude du service statistique du Ministère de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la forêt en 1999 montrait que les sociétés agricoles composées de plusieurs exploitants étaient à 94% des entités fondées entre membres de famille. L'agriculture est une activité économique qui exige une mise de fonds relativement élevée et une immobilisation du capital dans la société pendant de nombreuses années. Associer les membres de famille permet d'ailleurs d'éviter l'éclatement du patrimoine familial. Néanmoins, aucune information statistique précise à ce jour ne permet de connaître la part des bénéfices détenue par les conjoints, pacsés ou descendants mineurs associés non participant aux travaux de l'exploitation.

L'enquête de la CCMSA réalisée en 2013 auprès des trois caisses de MSA permet, quant à elle, d'estimer globalement cette part. Les résultats de l'enquête montrent en effet que, dans 52% des sociétés qui ont au moins un associé non exploitant, un lien « matrimonial » (conjoint ou pacs) unit un associé non participant aux travaux et un associé exploitant. Selon cette enquête, la part correspondant aux enfants mineurs est minime, de sorte qu'elle n'est pas prise en compte dans l'estimation.

En 2011, on dénombre 126.711 exploitations sociétaires hors GAEC comprenant 170.464 associés exploitants (fichier cotisants CCMSA). 39% de ces exploitations incluent au moins un associé non exploitant, ce qui représente 49.417 exploitations. En prenant en compte les 52% d'entre elles dans lesquelles un lien matrimonial existe, on aboutit à 26.000 sociétés concernées. Les principales activités exercées sous forme sociétaire concernent les céréales, la viticulture et les bovins-lait.

L'assiette détenue par les associés de sociétés dans lesquelles il y a au moins un associé non exploitant qui est un conjoint ou pacsé d'un des associés exploitant peut ainsi être estimé à 920 M€ (1 770 M€ x 52%).

Néanmoins, parmi ces sociétés, il peut y avoir d'autres associés non exploitant qui n'ont pas de lien « matrimonial » avec l'un des associés exploitants. Ainsi, sur la base des données CCMSA et de l'enquête réalisée par 3 caisses de MSA, il apparaît que :

1) les associés conjoints ou pacsés non participant aux travaux détiennent en moyenne 40% des parts du bénéfice de l'exploitation,

2) la part du capital revenant aux associés non participant aux travaux au sein des sociétés où il y a au moins un associé non exploitant est de 66%.

L'assiette réellement détenue par les conjoints ou pacsés associés non exploitant des sociétés doit donc être minoré de 40/66, ce qui aboutit à une assiette estimée à **558 M€ en 2011** (1 770 M€ x 52% x 40/66)

Par ailleurs, s'agissant des deux évolutions nécessitées par la mise en place du nouveau dispositif de prise en compte des RCM dans les sociétés à l'IS :

- la possibilité de cumuler les rémunérations « article 62 » et les RCM aboutirait à un gain d'assiette estimé à près de **30 M€** (données 2010) ;

- la suppression du dispositif de l'assiette forfaitaire de 2028 SMIC aboutirait à une perte d'assiette estimée à **1 M€** (données 2010).

Le produit des cotisations de sécurité sociale qui serait généré par la réintégration de ces bénéfices dans le revenu professionnel des associés non exploitant est ainsi **estimé à 207 M€ pour l'année 2011.**

Produit des cotisations 2011 = (558 M€ + 30 M€ - 1 M€)* 35,28% = 207M€

L'assiette 2011 des cotisations sociales agricoles étant affectée par la faiblesse des revenus professionnels 2008 à 2010[16], l'impact financier de la mesure en 2014 peut être réévalué à la hausse.

Sous l'effet de la nette amélioration des revenus agricoles en 2011 et 2012, le rendement des cotisations a évolué de 10% entre 2012 et 2011, et selon les dernières prévisions de la CCMSA, il devrait encore évoluer positivement en moyenne de 7% par an en 2013 et 2014.

[16] L'assiette de droit commun (85 % des cotisants) est constituée de la moyenne des revenus N-3 à N-1. L'assiette annuelle sur option est constituée des revenus N-1.

Il est posé l'hypothèse que les revenus distribués suivent ces évolutions avec un taux d'évolution annuelle retenu entre 6,5% et 7% entre 2011 et 2014.

Sur la base de ces prévisions, le rendement brut de la mesure est estimé à 251 M€ en 2014.

Le rendement net pour les finances publiques est obtenu en tenant compte des éléments suivants :

– Ces revenus sont actuellement soumis aux prélèvements sociaux sur le revenu du capital au taux global de 15,5% dont 8,7% de CSG/CRDS. Puisqu'ils seront soumis à cotisations sociales et à CSG/CRDS (au taux de 8%), une moindre recette pour l'État sera constatée à hauteur de 7,5% (15,5% - 8% de CSG/CRDS). Cette moindre recette est estimée à 53 M€ (7,5% de l'assiette 2011 actualisée en 2014)

– Ne seront pris en compte dans l'assiette sociale du chef d'exploitation que la part des bénéfices excédant 10% du capital social : sur la base des 26.000 sociétés en agricultures au sein desquelles au moins un associé non exploitant a un lien matrimonial avec un associé exploitant, ce seuil de 10% aboutit à minorer le rendement des cotisations d'un montant estimé à 30 M€.

Les recettes supplémentaires sont ainsi estimées à 168 M€ (251 M€ - 53 M€ - 30 M€), dont 18 M€ reçus directement par le RCO et 150 M€ reçus par les autres branches du régime, et qui devront être réaffectés au RCO.

En effet, ces ressources seront affectées au financement des engagements de campagne du Président de la République en faveur des retraités non salariés agricoles. L'effort contributif supplémentaire sera relevé progressivement sur 2 années jusqu'en 2015 : 126 M€ en 2014, puis 168 M€ en 2015 et les années suivantes.

Aussi, une intégration progressive des revenus concernés dans l'assiette des cotisations et contributions sociales des chefs d'exploitation et d'entreprise agricole a été prévue :

– 75 % en 2014

– 100 % en 2015 et pour les années suivantes.

Les mesures d'amélioration des retraites agricoles seront, par ailleurs, financées par une mobilisation des « réserves » de gestion de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (mesure n°2) et un relèvement du taux de la cotisation RCO à compter de 2015. Cette augmentation du taux de cotisation RCO représente un effort d'autofinancement des mesures d'amélioration des retraites agricoles, mais il sera créateur de droits futurs majorés à la retraite complémentaire.

De manière plus détaillée, les besoins de financement liés aux mesures prévues dans le cadre de la réforme des retraites sont retracés dans le tableau ci-dessous, de même que les recettes permettant de les financer.

	2014	**2015**	**2016**	**2017**
Besoin de financement	**162**	**232**	**267**	**300**
Attribution de points gratuits de retraite complémentaire aux aides familiaux et conjoints collaborateurs	160	160	155	152
Complément différentiel de points RCO, servi aux anciens chefs d'exploitation, permettant d'atteindre une retraite globale minimale agricole égale à 75% du SMIC net		70	110	146
Autres mesures	2	2	2	2

	2014	2015	2016	2017	2018
Intégration des dividendes dans l'assiette	126	168	168	168	168
- Dont cotisations RCO supplémentaires par intégration des dividendes	14	18	18	18	18
- Dont cotisations supplémentaires dans les branches du régime de base NSA	112	150	150	150	150
Cotisations supplémentaires RCO par relèvement du taux (1 point = 100 M€)		30	60	90	130
Affectation partielle des réserves de la MSA à la RCO	40	40	40	40	
Total recettes	166	238	268	298	298
Dont recettes propres RCO	54	88	118	148	148
Dont recettes à transférer des autres branches	112	150	150	150	150

IV.2 Mesure « Réserves »

Le fonds RCO est abondé de 160 M€. Les engagements du Président de la République en matière de retraites agricoles (articles 20 à 22 du projet de loi retraites) sont financés d'une part par le prélèvement sur les réserves transférées à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole en application du III° de l'article 37 de la LFSS pour 2013, pour 40 M€ par an pour chacune des années 2014 à 2017, et par la réduction de niches sociales pesant sur les exploitations agricoles, d'autre part.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Économie ou recette supplémentaire (signe +)			
	2013 (rectificatif)	2014 *P*	2015	2016 - 2017
RCO – Mesure n°1		126 M€	168 M€	168 M€ - 168 M€
RCO – Mesure n°2		40 M€	40 M€	40 M€ - 40 M€
RCO - Total		166 M€	208 M€	208 M€ - 208 M€

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

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

a) impacts économiques

Mesure « Dividendes » : ce dispositif permet de lutter contre l'évasion sociale. Il n'aura donc pas d'effet négatif sur l'activité des non salariés agricoles

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Mesure « Dividendes » : Pas de nouvelles obligations déclaratives dans la mesure où les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont actuellement tenus de déclarer les revenus issus de l'activité de leur société. Les personnes concernées devront donc cumuler ces revenus avec ceux versés à leur conjoint, partenaire PACS ou à leurs enfants mineurs.

Mesure « Réserves » : Les réserves proviennent des « excédents » passés de gestion des caisses, lesquels ont été financés par les cotisations complémentaires appelées auprès des assujettis du régime agricole. Ces réserves seront mobilisées au profit des exploitants agricoles retraités et viendront pendant quatre ans diminuer l'effort contributif demandé aux exploitants agricoles actifs pour revaloriser les petites retraites agricoles.

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

Mesure « Dividendes » : Pas d'impact pour les caisses de MSA.

Mesure « Réserves » : A compter du 1er janvier 2014, les dépenses de gestion de la Mutualité sociale agricole, normées par la COG, ne sont plus financées par des cotisations de gestion mais imputées directement sur les ressources des différents régimes. Un effet de cette réforme est de rendre inutile l'existence de réserves de gestion dans les caisses de MSA d'autant que le niveau des dépenses des caisses est prévu et limité par la convention d'objectifs et de gestion.

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

Mesure « Dividendes » : La mesure sera gérée avec les moyens existants.

d) impact budgétaire

Pas d'impact budgétaire

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

Mesure « Dividendes » : Un décret devra intervenir afin de préciser la nature des apports retenus pour la détermination du capital social et les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant.

Mesure « Réserves » : aucun texte d'application nécessaire.

2. **Existence de mesures transitoires ?**

Mesure « Dividendes » **: montée en charge progressive de la prise en compte des revenus et prise en compte des situations d'assiette sociale triennale de certains chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole**

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

Mesure « Dividendes » **: le dispositif sera mis en œuvre par les caisses de MSA lors du calcul des cotisations et contributions sociales pour 2014, soit à l'automne 2014.**

Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole déclarent d'ores et déjà les revenus issus de l'activité de leur société. En 2014, les formulaires de déclarations seront adaptés afin que les personnes concernées déclarent en outre les revenus versés à leur conjoint, partenaire PACS ou à leurs enfants mineurs.

Mesure « Réserves » : Mise en œuvre immédiate

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

Les cotisants seront informés lors de la réception de leur déclaration de revenu professionnel.

La profession sera informée par la presse agricole et la CCMSA de cette mesure qui vient réduire à due concurrence son propre effort contributif.

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 ?
Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 731-14 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.731-14 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Sont considérés comme revenus professionnels pour la détermination de l'assiette des cotisations dues au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles : 1° Les revenus soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices agricoles ; 2° Les revenus provenant des activités non-salariées agricoles mentionnées à l'article L. 722-1 et soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux ; 3° Les rémunérations allouées aux gérants et associés de certaines sociétés, provenant des activités non-salariées agricoles mentionnées à l'article L. 722-1 et soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie visée à l'article 62 du code général des impôts. Les chefs d'exploitation agricole à titre individuel sont autorisés, sur option, à déduire des revenus mentionnés au 1° le montant, excédant l'abattement ci-après défini, du revenu cadastral des terres mises en valeur par ladite exploitation et dont ils sont propriétaires. Cet abattement est égal à 4 % des revenus mentionnés au 1° diminués du revenu cadastral desdites terres et multipliés par un coefficient égal au revenu cadastral de ces dernières divisé par le revenu cadastral de l'ensemble des terres mises en valeur par l'exploitation. L'abattement est d'au moins 2 000 F. Les dispositions du précédent alinéa sont applicables dans les mêmes conditions aux associés personnes physiques des sociétés visées à l'article 8 du code général des impôts pour les terres mises en valeur par lesdites sociétés lorsque celles-ci sont inscrites à l'actif de leur bilan. Un décret détermine les conditions dans lesquelles les chefs d'exploitation agricole peuvent opter pour la déduction prévue au cinquième alinéa, la durée de validité de cette option et les justificatifs qu'ils doivent fournir à la caisse de mutualité sociale agricole dont ils relèvent.	Sont considérés comme revenus professionnels pour la détermination de l'assiette des cotisations dues au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles : 1° Les revenus soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices agricoles ; 2° Les revenus provenant des activités non-salariées agricoles mentionnées à l'article L. 722-1 et soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux ; 3° Les rémunérations allouées aux gérants et associés de certaines sociétés, provenant des activités non-salariées agricoles mentionnées à l'article L. 722-1 et soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie visée à l'article 62 du code général des impôts. **4° la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise 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.** **En cas d'exploitation sous la forme d'une société passible de l'impôt sur le revenu, sont considérés comme perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole la part des revenus mentionnés aux 1° et 2° perçus par son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou par leurs enfants mineurs non émancipés lorsque ceux-ci sont associés de la société 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 précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens des deux alinéas précédents**

	ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant. Les chefs d'exploitation agricole à titre individuel sont autorisés, sur option, à déduire des revenus mentionnés au 1° le montant, excédant l'abattement ci-après défini, du revenu cadastral des terres mises en valeur par ladite exploitation et dont ils sont propriétaires. Cet abattement est égal à 4 % des revenus mentionnés au 1° diminués du revenu cadastral desdites terres et multipliés par un coefficient égal au revenu cadastral de ces dernières divisé par le revenu cadastral de l'ensemble des terres mises en valeur par l'exploitation. L'abattement est d'au moins 2 000 F. Les dispositions du précédent alinéa sont applicables dans les mêmes conditions aux associés personnes physiques des sociétés visées à l'article 8 du code général des impôts pour les terres mises en valeur par lesdites sociétés lorsque celles-ci sont inscrites à l'actif de leur bilan. Un décret détermine les conditions dans lesquelles les chefs d'exploitation agricole peuvent opter pour la déduction prévue au **huitième** alinéa, la durée de validité de cette option et les justificatifs qu'ils doivent fournir à la caisse de mutualité sociale agricole dont ils relèvent.
Article L. 731-17 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.731-17 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
L'assiette des cotisations est déterminée forfaitairement dans des conditions fixées par décret lorsque les personnes non salariées des professions agricoles ayant la qualité de gérant ou d'associé de société ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu dans l'une des catégories mentionnées à l'article L. 731-14.	**Abrogé**
Article L. 136-7 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.136-7 *modifié* du code de la sécurité sociale**
I.- Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les produits de placements sur lesquels sont opérés les prélèvements prévus au II de l'article 125-0 A du code général des impôts, aux II, III, second alinéa du 4° et deuxième alinéa du 9° du III bis de l'article 125 A du même code, ainsi que les produits de placements mentionnés au I du même article 125 A et ceux mentionnés au I de l'article 125-0 A du même code retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France, sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 ou des 3° et 4° du II du	I.- Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les produits de placements sur lesquels sont opérés les prélèvements prévus au II de l'article 125-0 A du code général des impôts, aux II, III, second alinéa du 4° et deuxième alinéa du 9° du III bis de l'article 125 A du même code, ainsi que les produits de placements mentionnés au I du même article 125 A et ceux mentionnés au I de l'article 125-0 A du même code retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France, sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre **des articles L. 136-3 et L. 136-4** ou des 3° et 4° du II du présent article.

présent article. Sont également assujettis à cette contribution : 1° Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les revenus distribués mentionnés au 1° du 3 de l'article 158 du même code dont le paiement est assuré par une personne établie en France et retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 du présent code. Le présent 1° ne s'applique pas aux revenus perçus dans un plan d'épargne en actions défini au 5° du II du présent article ; [La suite sans changement]	Sont également assujettis à cette contribution : 1° Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les revenus distribués mentionnés au 1° du 3 de l'article 158 du même code dont le paiement est assuré par une personne établie en France et retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre **des articles L. 136-3 et L. 136-4** du présent code. Le présent 1° ne s'applique pas aux revenus perçus dans un plan d'épargne en actions défini au 5° du II du présent article ; [La suite sans changement]

ARTICLE 10

CREATION D'UNE COTISATION DEPLAFONNEE POUR LE REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS

I. Présentation de la mesure

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

La réforme des retraites prévoit un relèvement généralisé des cotisations retraite déplafonnées pour l'ensemble des régimes.

Les artisans et les commerçants sont affiliés, au titre de l'assurance vieillesse de base, auprès du régime social des indépendants (RSI). Ils sont redevables d'une cotisation d'assurance vieillesse dont le taux est fixé, par renvoi, au niveau du taux global du régime général (16,85 % en 2013) et qui est assise sur le revenu d'activité dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 37 032 € en 2013.

Le plafonnement intégral de l'assiette de la cotisation d'assurance vieillesse de base des travailleurs indépendants crée une différence de traitement entre ces cotisants et ceux du régime général : au régime général, l'assiette de la cotisation d'assurance vieillesse est partiellement déplafonnée car la cotisation est assise, d'une part, sur la rémunération dans la limite du plafond de la sécurité sociale (au taux de 6,75 % pour les salariés et 8,40 % pour les employeurs en 2013) et, d'autre part, sur la totalité de la rémunération (au taux de 0,1 % pour les salariés et 1,6 % pour les employeurs en 2013). Or le régime général et le RSI font tous deux partie du groupe des régimes alignés, dans lesquels les prestations de retraite sont calculées selon des paramètres similaires. De ce fait, l'effort contributif est différent entre ces deux régimes.

La réforme des retraites prévoit un relèvement général des cotisations déplafonnées à partir de 2014. Il est nécessaire de créer une cotisation vieillesse déplafonnée chez les travailleurs indépendants affiliés au RSI pour que l'effort demandé à l'ensemble des actifs pour la sauvegarde des régimes de retraite soit identique.

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

Mesure proposée :

Outre la correction d'un renvoi erroné dans l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale, la mesure procède au déplafonnement partiel, à compter de 2014, de l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse de base des artisans et commerçants, en créant une cotisation assise sur la totalité de la rémunération en sus de celle applicable sous plafond.

Ce déplafonnement sera limité : le taux de la cotisation déplafonnée, fixé par décret, ne sera pas égal au taux global de la cotisation déplafonnée du régime général. Il devrait correspondre à la hausse générale de cotisation déplafonnée décidée dans le cadre de la réforme des retraites, soit 0,6 % à compter de 2017 au terme de la montée en charge débutée en 2014. En revanche, la règle selon laquelle le taux global applicable aux revenus sous plafond des artisans et commerçants est égal à la somme des taux des cotisations plafonnées et déplafonnées du régime général restera inchangée.

Ainsi, à compter de 2014, les artisans et les commerçants seront redevables :

– sur la part de leur revenu d'activité inférieure à un PASS de cotisations dont le taux sera égal au taux global de la cotisation (plafonnée et déplafonnée) du régime général et évoluera de la même façon (ce qui correspond à la situation actuelle) ;

– sur la part de leur revenu d'activité supérieur à un PASS de cotisations dont le taux sera égal à 0,6 % à terme.

Le tableau ci-après retrace ces différentes évolutions :

Montée en charge des taux des cotisations d'assurance vieillesse compte-tenu des montées en charge en cours et à venir	**Régime général**				**RSI artisans et commerçants**	
	Sous le plafond		Sur la totalité des rémunérations		Sous le plafond	Sur la totalité des revenus
	Salariale	Patronale	Salariale	Patronale		
2013	6,75 %	8,40 %	0,10 %	1,60 %	16,85 %	-
2014	6,80 %	8,45 %	0,25 %	1,75 %	16,95 %	0,30 %
2015	6,85 %	8,50 %	0,30 %	1,80 %	17,05 %	0,40 %
2016	6,90 %	8,55 %	0,35 %	1,85 %	17,15 %	0,50 %
2017	6,90 %	8,55 %	0,40 %	1,90 %	17,15 %	0,60 %

La mesure ne concerne pas les exploitants agricoles relevant de la Mutualité sociale agricole (MSA) dès lors que ceux-ci sont déjà redevables d'une cotisation d'assurance vieillesse déplafonnée (à laquelle sera appliquée la hausse de taux dans le cadre de la réforme des retraites de 2013 ; le taux de 1,64 % en 2013 sera ainsi relevé de 0,6 point à terme en 2017).
La mesure n'est pas applicable non plus aux professions libérales qui disposent d'un régime spécifique. Pour ces indépendants, une hausse des cotisations vieillesse sera mise en œuvre par voie réglementaire en lien avec les instances de ces régimes.

.

S'agissant des auto-entrepreneurs, qui cotisent sur des bases spécifiques (fonction du chiffre d'affaires et du secteur d'activité), une mesure réglementaire sera prise pour procéder à une augmentation de leur niveau de cotisations au titre de l'assurance vieillesse.

Autres options possibles :

- La hausse de cotisation vieillesse des indépendants aurait pu porter sur la cotisation plafonnée existante. Toutefois, cela aurait fortement accru l'écart d'effort contributif actuel : en effet, l'écart de cotisation déplafonnée entre le régime général et le RSI serait passé de 1,7 à 2,3 points. En outre, les indépendants bénéficieront comme l'ensemble des régimes d'une baisse de cotisations famille à hauteur de 0,15 point en 2014. La cotisation famille est déplafonnée. Si la hausse de cotisation retraite était restée plafonnée, les indépendants verraient une hausse de cotisation plafonnée compensée par une baisse de cotisation déplafonnée, ce qui créerait un avantage pour les indépendants aux revenus les plus élevés.
- Une autre option aurait consisté au contraire à aligner le taux de cotisation déplafonné des indépendants sur celui applicable au régime général. Cette solution aurait toutefois un impact significatif sur les revenus des entrepreneurs concernés.

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

Le projet modifie les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la cotisation d'assurance vieillesse de base des artisans et commerçants. Elle emporte un impact permanent sur les recettes de l'année et des années ultérieures du régime concerné et donc elle 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 modifie plusieurs articles du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

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

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui (sauf Mayotte)
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

Le RSI a évalué à 7,5 M€ le rendement de 0,1 point de cotisation au-delà du plafond pour les artisans et les commerçants, soit 45 M€ annuels en fin de montée en charge.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
Déplafonnement de l'assiette de la cotisation d'assurance vieillesse de base des artisans et commerçants		+22,5	+30	+37,5	+45

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

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

a) impacts économiques

La mesure de déplafonnement emporte un impact économique dès lors qu'elle augmentera le montant de la cotisation d'assurance vieillesse des artisans et commerçants.

Toutefois, cet impact restera limité pour ces cotisants. En effet, chaque tranche de 1000 € de revenus supplémentaires au-delà du PASS se traduira à terme (à compter de 2017) par un montant de cotisation supplémentaire de 6 €. Le tableau ci-dessous retrace le montant de cotisation supplémentaire qui résultera de la mesure (calcul réalisé sur la base de la valeur du PASS prévue en 2014) :

Pour un revenu égal à…	**...le supplément de cotisation, par rapport au montant de la cotisation due en 2013, résultant du déplafonnement sera égal pour les années suivantes à…**			
	2014	**2015**	**2016**	**2017**
50 000 €	37 €	50 €	62 €	75 €
100 000 €	187 €	250 €	312 €	375 €
500 000 €	1 387 €	1 850 €	2 312 €	2 775 €
1 000 000 €	2 887 €	3 850 €	4 812 €	5 775 €

b) impacts sociaux

La mesure n'emporte pas d'impact social.

c) impacts sur l'environnement

La mesure n'emporte pas d'impact sur l'environnement.

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

La mesure n'emporte pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes, les règles étant les mêmes pour tous.

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

a) impact sur les personnes physiques

La mesure de déplafonnement concernera les artisans et les commerçants ayant un revenu supérieur au PASS (37 032 € en 2013), soit environ 24 % des artisans et 22 % des commerçants.

Artisans	*Commerçants*
674 000 cotisants (non auto-entrepreneurs)	*862 000 cotisants (non auto-entrepreneurs)*
162 000 cotisants concernés par la mesure	*190 000 cotisants concernés par la mesure*

Source : RSI, cotisants au 31/12/2011 (chiffres arrondis au millier)

b) impacts sur les administrations publiques ou des 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 2013 en vue de la mise en œuvre de la mesure dès le début de 2014. 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 n'emporte pas d'impact sur l'emploi dès lors qu'elle impacte principalement les indépendants ayant les revenus les plus élevés.

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

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

Un décret devra intervenir avant la fin de l'année 2013 pour fixer les taux des cotisations d'assurance vieillesse considérées.

2. Existence de mesures transitoires ?

La mesure ne nécessite pas de mesure transitoire.

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

La mesure entre en vigueur au 1er janvier 2014 et donc nécessite une mise en œuvre par les régimes concernés dès fin 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

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

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 XX *actuel* **du code …**	**Article XX** *modifié* **du code …**
Article L. 613-1 du CSS	Article L. 613-1 du CSS
Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles :	Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles :
1°) les travailleurs indépendants relevant des groupes de professions mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et ceux qui relèvent de la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, soit :	1°) les travailleurs indépendants relevant des groupes de professions mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et ceux qui relèvent de la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, soit :
a. le groupe des professions artisanales ;	a. le groupe des professions artisanales ;
b. le groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débitants de tabacs ;	b. le groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débitants de tabacs ;
c. le groupe des professions libérales, y compris les avocats ;	c. le groupe des professions libérales, y compris les avocats ;
2°) les personnes ayant exercé les professions mentionnées au 1° ci-dessus et qui bénéficient d'une allocation ou d'une pension de vieillesse ou d'une pension d'invalidité, en application de l'article L. 621-1 ou en application du chapitre 3 du titre II du livre VII ;	2°) les personnes ayant exercé les professions mentionnées au 1° ci-dessus et qui bénéficient d'une allocation ou d'une pension de vieillesse ou d'une pension d'invalidité, en application de l'article L. 621-1 ou en application du chapitre 3 du titre II du livre VII ;
3°) les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de réversion servie par un régime non agricole en application de l'article L. 643-7, les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de veuve en application des articles L. 644-1 et L. 644-2 ainsi que les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de réversion servie par la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, et les anciens débitants de tabacs bénéficiaires de l'allocation viagère prévue par l'article 59 de la loi de finances n° 63-156 du 23 février 1963 ;	3°) les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de réversion servie par un régime non agricole en application de l'article L. 643-7, les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de veuve en application des articles L. 644-1 et L. 644-2 ainsi que les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de réversion servie par la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, et les anciens débitants de tabacs bénéficiaires de l'allocation viagère prévue par l'article 59 de la loi de finances n° 63-156 du 23 février 1963 ;
4°) sous réserve des dispositions de l'article L. 311-2 et du 11° de l'article L. 311-3, le conjoint associé qui participe à l'activité de l'entreprise artisanale ou commerciale ;	4°) sous réserve des dispositions de l'article L. 311-2 et du 11° de l'article L. 311-3, le conjoint associé qui participe à l'activité de l'entreprise artisanale ou commerciale ;
5°) l'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée sauf si	5°) l'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée sauf si

l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime ; 6° Les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles ; 7° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur au seuil d'exonération de faibles revenus professionnels non salariés non agricoles applicable en matière de cotisations d'allocations familiales ; 8° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel au sens du VII de l'article 151 septies du code général des impôts, à l'exclusion de celles relevant de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime.	l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime ; 6° Les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles ; 7° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur au seuil d'exonération de faibles revenus professionnels non salariés non agricoles applicable en matière de cotisations d'allocations familiales ; 8° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel au sens du ~~VII de l'article 151 septies~~ **2 du IV de l'article 155** du code général des impôts, à l'exclusion de celles relevant de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime.
Article L. 633-10 du CSS 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. Le montant du plafond est celui fixé en matière d'assurance vieillesse du régime général en application du premier alinéa de l'article L. 241-3. Le taux de cotisation est égal au total de ceux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas dudit article. Un décret fixe les conditions d'application des alinéas précédents.	Article L. 633-10 du CSS 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. **Ces cotisations sont assises pour partie sur le revenu d'activité dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 et pour partie sur la totalité du revenu d'activité. Le taux des cotisations assises sur le revenu d'activité plafonné et celui des cotisations assises sur la totalité du revenu d'activité sont fixés par décret. La somme de ces taux est égale à la somme des taux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3.** ~~Un décret fixe les conditions d'application des alinéas précédents.~~ Les cotisations du conjoint collaborateur

Les cotisations du conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce sont calculées, à sa demande : 1° Soit sur un revenu forfaitaire ou sur un pourcentage du revenu d'activité du chef d'entreprise ; 2° Soit, avec l'accord du chef d'entreprise, sur une fraction du revenu d'activité de ce dernier qui est déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu d'activité du chef d'entreprise pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation d'assurance vieillesse. Les dispositions de l'article L. 131-6-1 sont applicables aux cotisations dues par le conjoint collaborateur, sur sa demande ou sur celle du chef d'entreprise. Elles ne sont pas applicables au conjoint adhérent, à la date d'entrée en vigueur de l'article 15 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, à l'assurance volontaire vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles, en application des dispositions de l'article L. 742-6. Les modalités d'application des 1° et 2° sont fixées par décret.	mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce sont calculées, à sa demande : 1° Soit sur un revenu forfaitaire ou sur un pourcentage du revenu d'activité du chef d'entreprise ; 2° Soit, avec l'accord du chef d'entreprise, sur une fraction du revenu d'activité de ce dernier qui est déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu d'activité du chef d'entreprise pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation d'assurance vieillesse. Les dispositions de l'article L. 131-6-1 sont applicables aux cotisations dues par le conjoint collaborateur, sur sa demande ou sur celle du chef d'entreprise. Elles ne sont pas applicables au conjoint adhérent, à la date d'entrée en vigueur de l'article 15 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, à l'assurance volontaire vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles, en application des dispositions de l'article L. 742-6. ~~Les modalités d'application des 1° et 2° sont fixées par décret.~~

ARTICLE 11

REFORME DES MODALITES DE FINANCEMENT DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

I. Présentation de la mesure

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

La Haute Autorité de santé (HAS), autorité publique indépendante à caractère scientifique, est chargée d'apporter son expertise aux décideurs politiques en matière de santé, dans l'objectif d'améliorer la qualité du système de santé tant par l'évaluation des actes et des produits de santé que par l'élaboration de référentiels de bonne pratique professionnelle et par la diffusion de ces informations.

Ses ressources sont composées:

- d'une subvention de l'Etat ;
- d'une dotation de l'assurance maladie au titre de la certification des établissements de santé et au titre du fonctionnement de la HAS ;
- de taxes versées par les industries du médicament et des dispositifs médicaux ;
- de redevances pour services rendus ;
- de produits divers, des dons et legs.

Les taxes et contributions affectées à la HAS sont d'une part, des contributions sur les dépenses de promotion des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) et d'autre part, des taxes payées par les laboratoires pharmaceutiques et les fabricants de dispositifs dans le cadre de l'inscription ou du renouvellement d'inscription sur les listes de produits de santé pris en charge par l'assurance maladie.

Le produit des contributions sur les dépenses de promotion des produits de santé est actuellement partagé entre la HAS et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) : la répartition est de 10%-90% pour la contribution perçue sur les médicaments et de 44%-56% pour celle perçue sur les dispositifs médicaux.

Les taxes affectées à la HAS ont représenté 58 % des ressources de la HAS en 2012. Ce financement par les industries de santé, qui plus est majoritaire, n'apparaît pas approprié s'agissant du financement d'une autorité indépendante qui rend des avis pouvant avoir des conséquences financières importantes sur ces mêmes industriels. Il complique, en outre, la gestion budgétaire de la Haute Autorité, du fait du caractère variable du rendement annuel des taxes.

Aussi, est-il proposé, à l'instar de ce qui a été fait en 2012 pour l'agence nationale pour la sécurité du médicament (ANSM) et conformément aux préconisations du rapport IGAS-IGF sur la fiscalité spécifique applicable aux produits de santé et à l'industrie pharmaceutique, que les ressources de la HAS n'aient plus aucun lien avec le secteur des produits de santé.

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

<u>Mesure proposée :</u>

Il est proposé, à des fins de :

- <u>garantie de l'indépendance</u> de la HAS vis-à-vis du secteur des produits de santé, que la HAS ne soit plus financée que par une subvention de l'Etat et une dotation de l'assurance maladie ;
- <u>simplification</u>, que les taxes finançant actuellement la HAS soient affectées à la CNAMTS
- <u>rationalisation</u>, que, à l'instar de ce qui a été fait pour les taxes payées par les laboratoires au titre des missions de l'ANSM, le recouvrement des taxes (hors contributions « promotion » déjà recouvrées par les URSSAF) soit opéré par les services fiscaux.

<u>Autres options possibles</u> :

Une autre option possible qui supprimerait tout lien financier entre la HAS et les industries de santé aurait consisté à affecter les taxes dont bénéficie la HAS au budget de l'Etat. Cette option a toutefois été écartée au profit de la mesure présentée qui permet de regrouper auprès d'un seul attributaire (la branche maladie du régime général, déjà affectataire d'une partie de ces taxes) l'ensemble du produit de ces taxes plutôt que de les partager entre l'Etat et la sécurité sociale.

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

Il s'agit de transférer à la CNAMTS les fractions de contribution sur les dépenses de promotion des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) ainsi que diverses redevances actuellement affectées à la HAS. Cette mesure, qui fera que la branche maladie du régime général recevra la totalité du produit de ces contributions, entre dans le champ 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 en ce qu'elle modifie les recettes (augmentation du produit des taxes) et dépenses (augmentation de la dotation à la HAS) de la branche maladie du régime général.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'outre-mer (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

L'opération est financièrement neutre pour les 3 acteurs : HAS, Etat, CNAMTS.

Le montant des taxes tranférées de la HAS vers la CNAMTS est estimé à 30,9 M€. En contrepartie, la subvention de l'Etat et la dotation de l'assurance maladie en faveur de la HAS sont respectivement augmentées de 10,3 M€ et 20,6 M€. Pour compenser la perte de recettes de l'Etat liée à la hausse de sa subvention envers la HAS, la CNAMTS, qui perçoit la totalité des taxes, lui restitue une fraction de TVA nette qui lui est aujourd'hui affectée pour un montant équivalent, soit 10,3 M€.

	Taxes	TVA nette	Δ subvention Etat	Δ dotation AM	Total
HAS	-30,9		10,3	20,6	0,0
Etat		10,3	-10,3		0,0
CNAMTS	30,9	-10,3		-20,6	0,0
Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

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

Bien que sans impact sur le solde de l'assurance maladie, la mesure conduit à modifier les objectifs de recettes et de dépenses des régimes de sécurité sociale qui sont votés dans la loi de financement de la sécurité sociale.

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

a) impacts économiques

La présente mesure a pour seul objet de réaffecter des taxes entre la HAS, l'Etat et la sécurité sociale. Les taux et montants des taxes restent inchangés. Elle est donc sans impact économique.

b) impacts sociaux

La présente mesure a pour seul objet de réaffecter des taxes entre la HAS, l'Etat et la sécurité sociale. Les taux et montants des taxes restent inchangés. Elle est donc sans impact social.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans impact

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

La présente mesure modifie les modalités de recouvrement des taxes versées par les industriels de produits de santé. Elles seront désormais recouvrées par les services fiscaux (DGFiP) en lieu et place de la HAS.

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

La charge administrative supplémentaire induite par le transfert du recouvrement des taxes à la DGFIP sera absorbée à moyens constants. Les systèmes informatiques de la DGFiP devront être aménagés pour assurer le recouvrement des taxes transférées.

d) impact budgétaire

Le transfert du recouvrement des taxes sera effectué à moyens constants.

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 présente 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 sera mise en œuvre à compter de l'exercice 2014.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les entreprises du secteur des produits de santé concernées seront informées par le biais du Comité économique des produits de santé (CEPS) et le site internet de la HAS.

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.161-45 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.161-45 *modifié* du code 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.	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 :	Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par :
1° Des subventions de l'Etat ;	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 des conditions 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 ;	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 conditions 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 ;
3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;	3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;
4° Une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-5-1 A ;	~~4° Une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-5-1 A ;~~
4° bis Une fraction égale à 44 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-5-1 ;	~~4° bis Une fraction égale à 44 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-5-1 ;~~
5° Le montant des taxes mentionnées à l'article L. 165-11 du présent code ainsi qu'aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;	~~5° Le montant des taxes mentionnées à l'article L. 165-11 du présent code ainsi qu'aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;~~
6° Des produits divers, des dons et legs.	~~6~~ **4**° Des produits divers, des dons et legs.
Article L.165-11 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.165-11 *modifié* du code de la sécurité sociale**
I. — L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 des produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17, financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 et qui entrent dans des catégories homogènes définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont limités aux produits inscrits sur une liste établie par arrêté des mêmes ministres après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1.	I. — L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 des produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17, financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 et qui entrent dans des catégories homogènes définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont limités aux produits inscrits sur une liste établie par arrêté des mêmes ministres après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1.
II. — Les catégories homogènes mentionnées au I du présent article comprennent les produits de santé qui, pour justifier de leur financement dans	II. — Les catégories homogènes mentionnées au I du présent article comprennent les produits de santé qui, pour justifier de leur financement dans

le cadre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6, doivent répondre, au regard de leur caractère invasif ou des risques qu'ils peuvent présenter pour la santé humaine, à au moins l'une des exigences suivantes : 1° La validation de leur efficacité clinique ; 2° La définition de spécifications techniques particulières ; 3° L'appréciation de leur efficience au regard des alternatives thérapeutiques disponibles. III. — En vue de l'inscription éventuelle sur la liste prévue au I du présent article, les fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs de produits de santé appartenant aux catégories homogènes déposent une demande d'inscription auprès de la commission prévue à l'article L. 165-1. IV. — L'inscription sur la liste est prononcée pour une durée déterminée, renouvelable. L'inscription ou le renouvellement d'inscription peuvent être notamment assortis de conditions de prescription et d'utilisation et subordonnés à la réalisation par les fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs d'études complémentaires demandées sur les produits de santé. IV bis. - Toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un produit de santé sur la liste prévue au I est accompagnée du versement d'une taxe dont le barème est fixé par décret dans la limite de 5 580 €. Son montant est versé à la Haute Autorité de santé. Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat. V. — Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de détermination des catégories homogènes de produits de santé concernées, les modalités d'inscription de ces produits sur la liste mentionnée au I, les modalités d'évaluation et les délais de procédure, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	le cadre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6, doivent répondre, au regard de leur caractère invasif ou des risques qu'ils peuvent présenter pour la santé humaine, à au moins l'une des exigences suivantes : 1° La validation de leur efficacité clinique ; 2° La définition de spécifications techniques particulières ; 3° L'appréciation de leur efficience au regard des alternatives thérapeutiques disponibles. III. — En vue de l'inscription éventuelle sur la liste prévue au I du présent article, les fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs de produits de santé appartenant aux catégories homogènes déposent une demande d'inscription auprès de la commission prévue à l'article L. 165-1. IV. — L'inscription sur la liste est prononcée pour une durée déterminée, renouvelable. L'inscription ou le renouvellement d'inscription peuvent être notamment assortis de conditions de prescription et d'utilisation et subordonnés à la réalisation par les fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs d'études complémentaires demandées sur les produits de santé. ~~IV bis. - Toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un produit de santé sur la liste prévue au I est accompagnée du versement d'une taxe dont le barème est fixé par décret dans la limite de 5 580 €.~~ ~~Son montant est versé à la Haute Autorité de santé. Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.~~ V. — Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de détermination des catégories homogènes de produits de santé concernées, les modalités d'inscription de ces produits sur la liste mentionnée au I, les modalités d'évaluation et les délais de procédure, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L.241-2 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.241-2 *modifié* du code 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	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 5,88 % 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° (Abrogé) ; 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	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 5,88 % 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° **Les contributions prévues aux articles L.245-1, L.245-5-1 et L.245-6** ; 7° Les taxes perçues au titre des articles ~~1600-0 N,~~ 1600-0 O, 1600-0 R, 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH 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
Article L.245-1 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.245-1 *modifié* du code du code de la sécurité sociale**
Il est institué au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et de la Haute Autorité de santé une contribution	Il est institué au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ~~et de la Haute Autorité de santé~~ une contribution

des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et dernier alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités	des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et dernier alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités
Article L. 245-5-1 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 245-5-1 *modifié* du code du code de la sécurité sociale**
Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et de la Haute Autorité de santé une contribution des 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 ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits aux titres Ier et III de la liste prévue à l'article L. 165-1.	Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ~~et de la Haute Autorité de santé~~ une contribution des 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 ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits aux titres Ier et III de la liste prévue à l'article L. 165-1.
Article L.5123-5 *actuel* du code de la santé publique	**Article L.5123-5 *modifié* du code de la santé publique**
Toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques, dans les conditions mentionnées aux articles L. 5123-2 et suivants, donne lieu, au profit de la Haute Autorité de santé, à la perception d'une taxe à la charge du demandeur. Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 euros, par arrêté des ministres chargés du budget, de l'économie et des finances, de la santé et de la sécurité sociale. Le montant de la taxe perçue à l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription est fixé dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et 20 % de la taxe perçue pour une demande d'inscription. Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat	~~Toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques, dans les conditions mentionnées aux articles L. 5123-2 et suivants, donne lieu, au profit de la Haute Autorité de santé, à la perception d'une taxe à la charge du demandeur.~~ ~~Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 euros, par arrêté des ministres chargés du budget, de l'économie et des finances, de la santé et de la sécurité sociale. Le montant de la taxe perçue à l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription est fixé dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et 20 % de la taxe perçue pour une demande d'inscription.~~ ~~Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat~~
Article L.5211-5-1 *actuel* du code de la santé publique	**Article L.5211-5-1 *modifié* du code de la santé publique**
Toute demande d'inscription d'un dispositif médical à usage individuel sur la liste prévue à	~~Toute demande d'inscription d'un dispositif médical à usage individuel sur la liste prévue à~~

l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est accompagnée du versement d'une taxe dont le barème est fixé par décret dans la limite de 5 580 euros. Son montant est versé à la Haute Autorité de santé. Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.	~~l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est accompagnée du versement d'une taxe dont le barème est fixé par décret dans la limite de 5 580 euros.~~ ~~Son montant est versé à la Haute Autorité de santé.~~ ~~Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat.~~
	Article 1635 bis AF *nouveau* du code général des impôts
	I. - Est subordonné au paiement d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques, dans les conditions mentionnées aux articles L. 5123-2 et suivants du code de la santé publique. II. - Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Le montant de la taxe perçue à l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription est fixé dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et 20 % de la taxe perçue pour une demande d'inscription. III. – Le versement de la taxe est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. La taxe est recouvrée et contrôlée selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.
	Article 1635 bis AG *nouveau* du code général des impôts
	I. - Est subordonné au paiement d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un produit de santé sur la liste prévue au I de l'article L. 165-11 du code la sécurité sociale. II. - Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 euros, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. III. – Le versement de la taxe est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit

	par l'administration. La taxe est recouvrée et contrôlée selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.
	Article 1635 bis AH *nouveau* du code général des impôts
	I. - Est subordonné au paiement d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription d'un dispositif médical à usage individuel sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. II. - Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 euros, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. III. – Le versement de la taxe est accompagné d'une déclaration conforme au modèle precrit par l'administration. La taxe est recouvrée et contrôlée selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.
Article 1647 *actuel* du code général des impôts	**Article 1647 *modifié* du code général des impôts**
I. Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur le montant : a. Abrogé ; b. Des droits, taxes, redevances et autres impositions visés au II de l'article 1635 ter. Le taux de ce prélèvement est fixé à 4 % du montant des recouvrements. II. (Sans objet). III. Pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances. III. *bis*. Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés à l'article 1635 *bis* AE. […]	I. Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur le montant : a. Abrogé ; b. Des droits, taxes, redevances et autres impositions visés au II de l'article 1635 ter. Le taux de ce prélèvement est fixé à 4 % du montant des recouvrements. II. (Sans objet). III. Pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances. III. *bis*. Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles ~~1600-0 N,~~ 1600-0, 1600-0 P, 1600-0 R, et sur celui des droits mentionnés à l'article 1635 *bis* AE, **1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH**. […]
Article L.166 D *actuel* du livre des procédures fiscales	**Article L.166 D *modifié* du livre des procédures fiscales**
L'administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts transmet à l'agence	L'administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts transmet à l'agence

mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l'établissement, l'identifiant SIRET, l'adresse de l'établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté pour chacune des taxes précitées. Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. L'administration chargée du recouvrement du droit prévu à l'article 1635 bis AE du code général des impôts et l'agence mentionnée à l' article L. 5311-1 du code de la santé publique se transmettent spontanément ou sur demande les informations relatives aux droits perçus au titre de l'article 1635 bis AE du code général des impôts et aux quittances établies conformément à ce même article 1635 bis AE.	mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l'établissement, l'identifiant SIRET, l'adresse de l'établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté pour chacune des taxes précitées. ~~Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal.~~ L'administration chargée du recouvrement du droit prévu à l'article 1635 bis AE du code général des impôts et l'agence mentionnée à l' article L. 5311-1 du code de la santé publique se transmettent spontanément ou sur demande les informations relatives aux droits perçus au titre de l'article 1635 bis AE du code général des impôts et aux quittances établies conformément à ce même article 1635 bis AE. **L'administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du code général des impôts et la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale se transmettent spontanément ou sur demande les informations relatives aux taxes prévues aux articles 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du code général des impôts.** **Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal.**

ARTICLE 12

FUSION DE LA TAXE SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES DES LABORATOIRES ET DE LA TAXE SUR LES PREMIERES VENTES DE MEDICAMENTS

I. Présentation de la mesure

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

La LFSS pour 2013 (article 26) a opéré la fusion du recouvrement des contributions pharmaceutiques gérées par les URSSAF. L'effort mené en matière de simplification doit être poursuivi.

Le rapport de la mission IGAS-IGF sur la fiscalité spécifique applicable aux produits de santé et à l'industrie qui les fabrique (octobre 2012) a recensé plusieurs prélèvements ayant une finalité de rendement et qui ont en commun de retenir une assiette proche de la notion de chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) : c'est le cas de la contribution sur le chiffre d'affaires, d'une part, et de la taxe sur les premières ventes de médicaments, d'autre part.

La contribution sur le chiffre d'affaires (article L. 245-6 CSS) est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes des médicaments bénéficiant - uniquement - d'une AMM (française ou européenne), remboursables ou pris en charge par l'assurance maladie, des laboratoires pharmaceutiques au cours d'une année civile, après déduction du chiffre d'affaires des spécialités génériques et du chiffre d'affaires des médicaments orphelins sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable de chaque médicament orphelin ne soit pas supérieur à 20M€.

Le chiffre d'affaires s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises ; il s'agit donc des remises commerciales (et pas des remises conventionnelles CEPS).

La LFSS pour 2012 a fixé le taux de cette contribution à 1,6% pour 2012, 2013 et 2014. Cette contribution est non déductible du résultat imposable à l'impôt sur les sociétés. Son rendement est d'environ 364 M€ en 2012. L'affectataire est la CNAMTS. Son recouvrement est assuré par deux URSSAF.

La taxe sur les premières ventes de médicaments (art. 1600-0 N CGI) est assise sur le montant total des ventes hors TVA réalisées au cours de l'année civile précédente de chaque spécialité pharmaceutique bénéficiant d'un enregistrement, d'une AMM (française ou européenne) ou d'une autorisation d'importation parallèle (AIP). Elle est calculée sur la base d'un barème forfaitaire par tranche (maximum : 33 913€ pour un CA dépassant 30 M€). Cette taxe est déductible. Son rendement est d'environ 33 M€ en 2012. L'affectataire est la CNAMTS. La taxe contribue au financement - devenu indirect depuis la LFSS pour 2012 - du dispositif conduisant à l'enregistrement des médicaments (ANSM). Son recouvrement est assuré par la DGFIP (taxe annexe à la déclaration de TVA). La taxe n'est pas exigible pour les médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement CE 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999. Le montant des ventes réalisé à l'exportation n'a pas non plus à être pris en compte pour le calcul de l'assiette de la contribution.

Ainsi, ces deux prélèvements, dont les assiettes sont pourtant proches, ont des règles de déductibilité différentes et sont par ailleurs recouvrés par deux directions différentes, ce qui contribue au manque de lisibilité d'ensemble de la fiscalité spécifique des produits de santé.

C'est pourquoi il a été proposé dans le cadre du CSIS (Conseil stratégique des industries de santé) de fusionner ces deux taxes.

Par ailleurs, la mesure de convergence des prix des princeps sur celui de leurs génériques ou assimilés, au bout de 5 années de commercialisation, prévue dans la lettre d'orientation ministérielle au CEPS du 2 avril 2013, conduit à un alignement progressif des prix de vente au public pour tout le groupe générique, quelle que soit la spécialité délivrée par le pharmacien.

Le cadre légal actuel conduit à accroître mécaniquement l'écart fiscal, les spécialités génériques (hormis les groupes sous tarif forfaitaire de responsabilité) faisant l'objet d'une déduction d'assiette de la contribution sur le chiffre d'affaires prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale et d'un abattement pour la contribution sur les dépenses de promotion prévue à l'article L. 245-2 du code de

la sécurité sociale. Or, le maintien de cet avantage n'est plus justifié, compte tenu de l'égalité de prix et de coût pour l'assurance maladie.

C'est pourquoi il est proposé d'aligner les conditions fiscales des groupes génériques dans lesquels le prix de vente au public des spécialités de référence est identique à celui des génériques de leur groupe sur ceux des spécialités génériques sous tarif forfaitaire de responsabilité.

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

Il est proposé de fusionner la contribution sur le chiffre d'affaires et la taxe sur la 1ère vente des médicaments.

Mesure proposée :

Il est proposé de supprimer la taxe sur la 1ère vente des médicaments codifiée à l'article 1600-0 N du CGI et d'élargir la contribution sur le chiffre d'affaires codifiée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale avec la mise en place :

- D'une contribution de base destinée à compenser la suppression de la taxe 1ère vente actuelle. Cette contribution est due par les exploitants de spécialités pharmaceutiques pour l'ensemble de leur chiffre d'affaires (qu'il s'agisse de médicaments remboursables ou non remboursables) hormis le chiffre d'affaires généré par les médicaments génériques. Son taux, fixé à 0,2 %, a été déterminé afin de compenser la suppression de la taxe 1ère vente tout en garantissant aux exploitants une neutralité de la mesure compte tenu de son impact en matière d'impôt sur les sociétés (la taxe 1ère vente déductible de la base d'imposition à l'IS étant remplacée par l'assujettissement à la taxe sur le chiffre d'affaires qui est non déductible) ;
- Et d'une contribution additionnelle correspondant à l'actuelle contribution sur le chiffre d'affaires. Cette contribution additionnelle est donc due par les seuls exploitants de spécialités pharmaceutiques remboursables. Son taux, actuellement fixé à 1,6% jusqu'en 2014, est maintenu à ce niveau. Il est rappelé qu'une fraction du produit de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques concernant leurs spécialités pharmaceutiques remboursables est reversée, par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, à l'organisme de gestion du développement professionnel continu (GIP-OGDPC). Ce niveau de contribution permet de sécuriser des ressources essentielles pour que l'OGDPC puisse assurer, dans la pérennité et avec la visibilité nécessaire à la montée en charge du dispositif de formation professionnel continu (DPC), le bon déploiement de ce dispositif.

Par ailleurs, dans un souci d'équité, il est proposé d'aligner les conditions fiscales des groupes génériques dans lesquels le prix de vente au public des spécialités de référence est identique à celui des génériques de leur groupe sur celles des groupes génériques sous tarif forfaitaire de responsabilité. Ainsi il est proposé de supprimer les avantages fiscaux spécifiques applicables aux spécialités génériques (contributions sur le chiffre d'affaire et sur les dépenses de promotion) dès lors qu'il y a eu convergence tarifaire complète avec leur princeps.

Autres options possibles :

La fusion de ces deux taxes aurait pu consister en une simple inclusion dans la taxe sur le chiffre d'affaire d'une composante reprenant le barème actuel de la taxe sur la 1ère vente. Toutefois, cette solution n'aurait pas conduit à son terme la mesure de simplification et de rationalisation envisagée compte tenu de la persistance de deux mécanismes de taxation juxtaposés (taux proportionnel et barème sur une assiette similaire). Par ailleurs, cette option n'aurait pas résolu le problème soulevé par le rapport IGAS-IGF sur la « fiscalité spécifique applicable aux produits de santé et à l'industrie pharmaceutique » quant à la dégressivité injustifié du barème de la taxe sur la 1ère vente.

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

Le produit de ces taxes et contributions est affecté au financement de la CNAMTS.

La mesure a un effet sur les recettes du régime concerné et est relative à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des contributions affectées aux régimes obligatoires de base.

Elle relève ainsi du 2° et du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

La mesure prend place dans la 3ème partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

Le dispositif requiert une modification des articles 238 bis GC, 1600-0 Q et 1647 du code général des impôts, de l'article L. 166 D du livre des procédures fiscales, de l'article L 5121-18 du code de la santé publique et des articles L. 241-2, L. 245-2 et L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les dispositions de l'article 1600-0 N du code général des impôts relatif à la taxe sur les premières ventes de médicaments sont abrogées.

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

La mesure consiste à supprimer la taxe sur la 1ère vente de médicaments dont le rendement attendu pour 2014 était de 43 M€. Afin de garantir la neutralité de la mesure pour les exploitants, conformément à l'engagement pris lors des travaux du CSIS, l'évolution du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires destinée à compenser la suppression de la taxe 1ère vente a été déterminée en tenant compte de l'impact en matière d'impôt sur les sociétés pour les exploitants.

Le taux de 0,2 % ainsi déterminé, conduit à prévoir une perte de recettes de -10 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 +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
CNAMTS		-10	-10	-10	-10

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

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

a) impacts économiques

Cette mesure simplifie la charge administrative pour les entreprises concernées ainsi que le processus de recouvrement.

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les 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 nécessitera une modification du formulaire déclaratif fusionné actuellement en cours d'élaboration des quatre contributions pharmaceutiques recouvrées par les URSSAF (contribution sur le chiffre d'affaires, contribution sur les ventes en gros, contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux) ainsi que des notices d'accompagnement.

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

La mesure nécessitera un décret simple afin de procéder aux modifications nécessaires :

- L'article R 166 D-1 du livre des procédures fiscales nécessitera une mise à jour du fait de l'abrogation de l'article 1600-0 N du code général des impôts. La référence à l'article 1600-0-N devra ainsi être supprimée par voie de décret.
- Il conviendra également de procéder par décret à la modification de l'article R 4021-20 du code de la santé publique et des articles R 245-17 et R 245-18 du code de la sécurité sociale.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

La mesure entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2014. .

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

La DGFIP et l'ACOSS informeront via une campagne d'information les intéressés de la suppression de la taxe 1ère vente sur les médicaments prévue au code général des impôts et de son «intégration» dans le dispositif de la contribution sur le chiffre d'affaires prévue par le code de la sécurité sociale.

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 ?

Cette mesure de fusion de deux dispositifs (taxe sur les 1ères ventes de médicaments et contribution sur le chiffre d'affaires) est couverte par l'objectif 4 (simplifier les procédures de financement) de la partie II du PQE annexé au PLFSS pour 2014.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

L'ACOSS réalisera un bilan d'application de la mesure

.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 238 bis GC actuel du code général des impôts	**Article 238 bis GC modifié du code général des impôts**
La contribution des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale	~~**La contribution des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale**~~ Les contributions dues par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés conformément aux dispositions du IX de l'article L.245-6 du code de la sécurité sociale.

Article 1600-0 N actuel du code général des impôts	**Article 1600-0 N modifié du code général des impôts (article supprimé)**
I. — 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. III. — L'assiette de la taxe est constituée, pour chaque médicament ou produit de santé	~~**I. — 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.**~~

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° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins. IV. — Le montant de la taxe est fixé forfaitairement pour chaque médicament ou produit 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 € ; 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 € ; 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 € ; 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 € ; 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 €. V. — Le fait générateur et l'exigibilité de la taxe interviennent lors de la vente de chaque médicament ou produit de santé mentionné au II	~~**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° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins.**~~ ~~**IV. — Le montant de la taxe est fixé forfaitairement pour chaque médicament ou produit 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 € ;**~~ ~~**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 € ;**~~ ~~**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 € ;**~~ ~~**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 € ;**~~ ~~**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 €.**~~ ~~**V. — 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 1600-0 Q actuel du code général des impôts	**Article 1600-0 Q modifié du code général des impôts**
I.-Les redevables des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 P déclarent ces taxes sur l'annexe à la déclaration	I.-Les redevables des taxes mentionnées au I des articles ~~**1600-0 N,**~~ 1600-0 O et 1600-0 P déclarent ces taxes sur l'annexe à la déclaration

mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. Le montant de chacune des taxes concernées est acquitté lors du dépôt de la déclaration. Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A déclarent et acquittent les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 P lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287. II. — Les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 P sont constatées, recouvrées et contrôlées selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe. III. — Lorsque les redevables des taxes mentionnées au même I ne sont pas établis dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans tout autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen et ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscales, ils sont tenus de faire accréditer auprès du service des impôts compétent un représentant assujetti à la taxe sur la valeur ajoutée établi en France qui s'engage à remplir les formalités incombant à ces redevables et, en cas d'opération imposable, à acquitter les taxes à leur place. Ce représentant tient à la disposition de l'administration fiscale de manière séparée la comptabilité afférente aux ventes de médicaments et produits de santé mentionnés au II de l'article 1600-0 N et celle afférente aux ventes des dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux produits mentionnés au II de l'article 1600-0 P.	mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. Le montant de chacune des taxes concernées est acquitté lors du dépôt de la déclaration. Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A déclarent et acquittent les taxes mentionnées au I des articles ~~**1600-0 N,**~~ 1600-0 O et 1600-0 P lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287. II. — Les taxes mentionnées au I des articles ~~**1600-0 N,**~~ 1600-0 O et 1600-0 P sont constatées, recouvrées et contrôlées selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe. III. — Lorsque les redevables des taxes mentionnées au même I ne sont pas établis dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans tout autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen et ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscales, ils sont tenus de faire accréditer auprès du service des impôts compétent un représentant assujetti à la taxe sur la valeur ajoutée établi en France qui s'engage à remplir les formalités incombant à ces redevables et, en cas d'opération imposable, à acquitter les taxes à leur place. Ce représentant tient à la disposition de l'administration fiscale ~~**de manière séparée**~~ la comptabilité ~~**afférente aux ventes de médicaments et produits de santé mentionnés au II de l'article 1600-0 N et celle**~~ afférente aux ventes des dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux produits mentionnés au II de l'article 1600-0 P.

Article 1647 actuel du code général des impôts	**Article 1647 modifié du code général des impôts**
I. Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur le montant : a. Abrogé ; b. Des droits, taxes, redevances et autres impositions visés au II de l'article 1635 ter. Le taux de ce prélèvement est fixé à 4 % du montant des recouvrements. II. (Sans objet). III. Pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un	I. Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur le montant : a. Abrogé ; b. Des droits, taxes, redevances et autres impositions visés au II de l'article 1635 ter. Le taux de ce prélèvement est fixé à 4 % du montant des recouvrements. II. (Sans objet). III. Pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un

prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances. III bis.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés à l'article 1635 bis AE. IV. (Sans objet). V.-L'Etat perçoit au titre de frais d'assiette, de recouvrement, de dégrèvements et de non-valeurs un prélèvement de : a. 2,37 % en sus du montant de la taxe de publicité foncière ou des droits d'enregistrement perçus au profit des départements en application de l'article 1594 A. b. 2,14 % en sus du montant de la taxe de publicité foncière ou des droits d'enregistrement perçus au profit des départements au taux de 0,70 % ; c. 2 % sur le montant de la contribution au développement de l'apprentissage mentionnée à l'article 1599 quinquies A. VI. Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 1 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 302 bis ZB. VII. (Abrogé) VIII.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1609 sexvicies et 1635 bis M. IX.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2,5 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 1609 sexdecies B. X.-(Abrogé) XI.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 1 % sur le montant de la taxe mentionnée au I de l'article 1605. XII.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2 % sur le montant de la taxe mentionnée au II de l'article L. 425-1 du code des assurances. XIII.-(Sans objet) XIV.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 1011 bis. XV.-L'Etat perçoit au titre des frais d'assiette, de recouvrement, de dégrèvements et de non-valeurs un prélèvement de 1 % en sus du montant de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises, après application de l'article 1586 quater.	prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances. III bis.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles ~~1600-0 N~~, 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés à l'article 1635 bis AE. IV. (Sans objet). V.-L'Etat perçoit au titre de frais d'assiette, de recouvrement, de dégrèvements et de non-valeurs un prélèvement de : a. 2,37 % en sus du montant de la taxe de publicité foncière ou des droits d'enregistrement perçus au profit des départements en application de l'article 1594 A. b. 2,14 % en sus du montant de la taxe de publicité foncière ou des droits d'enregistrement perçus au profit des départements au taux de 0,70 % ; c. 2 % sur le montant de la contribution au développement de l'apprentissage mentionnée à l'article 1599 quinquies A. VI. Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 1 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 302 bis ZB. VII. (Abrogé) VIII.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1609 sexvicies et 1635 bis M. IX.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2,5 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 1609 sexdecies B. X.-(Abrogé) XI.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 1 % sur le montant de la taxe mentionnée au I de l'article 1605. XII.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2 % sur le montant de la taxe mentionnée au II de l'article L. 425-1 du code des assurances. XIII.-(Sans objet) XIV.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement de 2 % sur le montant de la taxe mentionnée à l'article 1011 bis. XV.-L'Etat perçoit au titre des frais d'assiette, de recouvrement, de dégrèvements et de non-valeurs un prélèvement de 1 % en sus du montant de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises, après application de l'article 1586 quater.

XVI.-Pour frais de recouvrement, l'Etat prélève 1 % des sommes recouvrées au titre de la contribution de supervision pour le compte de la Banque de France dans les conditions prévues par le VIII de l'article L. 612-20 du code monétaire et financier. XVII.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat prélève 0,5 % des sommes recouvrées au titre de la majoration au profit du fonds de solidarité pour le développement de la taxe de l'aviation civile prévue au VI de l'article 302 bis K, ainsi que sur le montant de la taxe d'aéroport et de sa majoration mentionnées à l'article 1609 quatervicies et sur le montant de la taxe sur les nuisances sonores aériennes mentionnée à l'article 1609 quatervicies A. Les sommes prélevées en application du premier alinéa du présent XVII par les agents comptables du budget annexe " Contrôle et exploitation aériens " mentionnés au V de l'article 302 bis K sont affectées au budget annexe précité	XVI.-Pour frais de recouvrement, l'Etat prélève 1 % des sommes recouvrées au titre de la contribution de supervision pour le compte de la Banque de France dans les conditions prévues par le VIII de l'article L. 612-20 du code monétaire et financier. XVII.-Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'Etat prélève 0,5 % des sommes recouvrées au titre de la majoration au profit du fonds de solidarité pour le développement de la taxe de l'aviation civile prévue au VI de l'article 302 bis K, ainsi que sur le montant de la taxe d'aéroport et de sa majoration mentionnées à l'article 1609 quatervicies et sur le montant de la taxe sur les nuisances sonores aériennes mentionnée à l'article 1609 quatervicies A. Les sommes prélevées en application du premier alinéa du présent XVII par les agents comptables du budget annexe " Contrôle et exploitation aériens " mentionnés au V de l'article 302 bis K sont affectées au budget annexe précité

Article L 166 D actuel du livre des procédures fiscales	**Article du L 166 D modifié du livre des procédures fiscales**
L'administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts transmet à l'agence mentionnée à l' article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l'établissement, l'identifiant SIRET, l'adresse de l'établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté pour chacune des taxes précitées. Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. L'administration chargée du recouvrement du droit prévu à l' article 1635 bis AE du code général des impôts et l'agence mentionnée à l' article L. 5311-1 du code de la santé publique se transmettent spontanément ou sur demande les informations relatives aux droits perçus au titre de l' article 1635 bis AE du code général des impôts et aux quittances établies conformément à ce même article 1635 bis AE.	L'administration chargée du recouvrement **~~des taxes prévues aux articles 1600-0 N et~~ de la taxe prévue à l'article** 1600-0 O du code général des impôts transmet à l'agence mentionnée à l' article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l'établissement, l'identifiant SIRET, l'adresse de l'établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté pour chacune des taxes précitées. Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. L'administration chargée du recouvrement du droit prévu à l' article 1635 bis AE du code général des impôts et l'agence mentionnée à l' article L. 5311-1 du code de la santé publique se transmettent spontanément ou sur demande les informations relatives aux droits perçus au titre de l' article 1635 bis AE du code général des impôts et aux quittances établies conformément à ce même article 1635 bis AE.

Article L. 5121-18 actuel du code de la santé publique	**Article L. 5121-18 modifié du code de la santé publique**
Les redevables des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts adressent à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code et au comité économique des produits de santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les médicaments, produits de santé, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro donnant lieu au paiement de chacune de ces taxes, ainsi qu'à leur régime de prise en charge ou de remboursement. Les déclarations sont établies conformément aux modèles fixés par décision du directeur général de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1. Les redevables de la taxe prévue à l'article 1600-0 P du code général des impôts adressent, au plus tard le 31 mars de chaque année, à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code une déclaration établie conformément au modèle fixé par décision du directeur de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1, fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les produits cosmétiques donnant lieu au paiement de la taxe. Toute personne qui effectue la première vente en France d'un médicament désigné comme orphelin en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins ou d'un médicament faisant l'objet ou ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnés au a du I de l'article L. 5121-12 est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament prévue au premier alinéa du présent article	~~**Les redevables des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts**~~ **Les redevables de la contribution prévue au I de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale et de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts** adressent à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code et au comité économique des produits de santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les médicaments, produits de santé, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro donnant lieu au paiement de chacune de ces taxes **ou contributions**, ainsi qu'à leur régime de prise en charge ou de remboursement. Les déclarations sont établies conformément aux modèles fixés par décision du directeur général de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1. Les redevables de la taxe prévue à l'article 1600-0 P du code général des impôts adressent, au plus tard le 31 mars de chaque année, à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code une déclaration établie conformément au modèle fixé par décision du directeur de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1, fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les produits cosmétiques donnant lieu au paiement de la taxe. Toute personne qui effectue la première vente en France d'un médicament désigné comme orphelin en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins ou d'un médicament faisant l'objet ou ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnés au a du I de l'article L. 5121-12 est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament prévue au premier alinéa du présent article

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, 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 5,88 % 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° (Abrogé) ; 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	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 5,88 % 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° (Abrogé) ; 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

Article L. 245-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 245-2 modifié du code de la sécurité sociale
I.-La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre : 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; 2° Des remboursements de frais de transport, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ; 3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent, à l'exception des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant exclusivement une spécialité pharmaceutique qui n'est inscrite ni sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ni sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé. Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de	I.-La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre : 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; 2° Des remboursements de frais de transport, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ; 3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent, à l'exception des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant exclusivement une spécialité pharmaceutique qui n'est inscrite ni sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ni sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé. Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de

la santé publique et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut. II.-Il est procédé sur l'assiette définie au I : 1° A un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I et à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3° du même I. L'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois ; 2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif décidé en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; 3° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires hors taxes excède 30 millions d'euros. Pour les entreprises appartenant à un groupe, les abattements mentionnés aux 2° et 3° sont reportés, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution, au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. III.-Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste	la santé publique et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut. II.-Il est procédé sur l'assiette définie au I : 1° A un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I et à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3° du même I. L'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois ; 2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif décidé en application de l'article L. 162-16 du présent code **ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L.5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique**, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; 3° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires hors taxes excède 30 millions d'euros. Pour les entreprises appartenant à un groupe, les abattements mentionnés aux 2° et 3° sont reportés, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution, au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. III.-Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au I et tenant compte,

mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit	le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit

Article L. 245-6 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 245-6 *modifié* du code de la sécurité sociale**
Section 2 bis : Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie	**Section 2 bis : Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques ~~prises en charge par l'assurance maladie~~**
Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités. La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code et à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne	**~~Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.~~** **~~La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code et à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme~~**

soit pas supérieur à 20 millions d'euros. Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national pour une liste de produits fixée par arrêté et dans des conditions définies par une convention tripartite passée entre l'Etat, un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les entreprises fabriquant ou exploitant des médicaments et un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les grossistes-répartiteurs. Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2012, 2013 et 2014 est fixé à 1,6 %. La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés. 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. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.	**~~médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros. Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national pour une liste de produits fixée par arrêté et dans des conditions définies par une convention tripartite passée entre l'Etat, un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les entreprises fabriquant ou exploitant des médicaments et un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les grossistes-répartiteurs.~~** **~~Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2012, 2013 et 2014 est fixé à 1,6 %. La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.~~** **~~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.~~** **~~Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.~~** **I.-Il est institué une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.** **II. - La contribution prévue au I du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant :** **1°d'un enregistrement au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique,** **2° d'une autorisation de mise sur le marché au sens de l'article L. 5121-8 du même code délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 ;**

	3° 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, **4° d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code.** **III. - Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article :** **1° les spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a) du 5° de l'article L5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.** **2° les médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros.** **IV. - Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national pour une liste de produits fixée par arrêté et dans des conditions définies par une convention tripartite passée entre l'Etat, un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les entreprises fabriquant ou exploitant des médicaments et un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les grossistes-répartiteurs.**

	V. - Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,2 %. **VI. - Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I du présent article est instituée pour les seules entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.** **VII. - La contribution additionnelle prévue au VI du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux II,III et IV du présent article et inscrites sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.** **VIII. - Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI est de 1,6 %.** **IX. - Les contributions prévues au I et au VI du présent article sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.** **X. - Les contributions prévues au I et au VI du présent article sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés .Elles sont versées de manière provisionnelle le 1er juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95% du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1er mars de l'année suivant celle au titre de laquelle les contributions sont dues.** **XI. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.** **V. - Le D du IV du présent article entre en vigueur le 1er janvier 2014.**

ARTICLE 13

FIXATION DU TAUX K DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE POUR L'ANNEE 2014

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. Des compensations sont opérées entre certaines baisses de prix et le montant des remises dues. Les conventions prévoient des exemptions de remises par agrégats pharmaco-thérapeutiques, par exemple pour les médicaments pédiatriques ou pour les médicaments s'étant vu reconnaître une amélioration du service médical rendu (ASMR) à l'occasion de leur inscription au remboursement.

L'assiette de la contribution est toujours collective. Elle consiste en la part du chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville de l'ensemble des entreprises du secteur qui dépasse un certain seuil déterminé en appliquant le taux de croissance cible, taux K, au chiffre d'affaires de l'année précédente. Sont exonérés les médicaments orphelins, à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires annuel dépasse 30M€.

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 1,4% en 2008 et 2009, à 1% en 2010 et à 0,5% en 2011 et 2012 et à 0,4% en 2013.

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

Mesure proposée :

La mesure consiste à fixer le taux K à 0,4% pour l'année 2014.

Cette mesure permet à titre principal de sécuriser les objectifs de maîtrise de la dépense de médicaments, qui s'établissent à nouveau en 2014 à un niveau exigeant.

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

Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base (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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 comme concernant la seule année 2014.

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 +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
		10 M€	10 M€	10 M€	10 M€

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

Modalités du chiffrage de l'impact :

Compte tenu du fait que la quasi-totalité des laboratoires ont conclu une convention avec le CEPS, la clause de sauvegarde demeure une contribution théorique, les entreprises versant en contrepartie des remises 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+0,4 point,
- 60% pour taux compris entre K+0,4 point et K+1 point,
- 70% pour un taux compris entre K+1 point et plus.

Avec une hypothèse de croissance du CAHT des médicaments remboursables de 0,5% en 2014, le rendement de cette mesure s'établirait à 10M€.

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

a) impacts économiques

L'impact économique de la mesure est supporté par les laboratoires pharmaceutiques assujettis à ce système de remise dont ils acceptent le principe (contribution à la maîtrise des dépenses) en tant que signataires d'une convention avec le CEPS.

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

3. **Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les 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 produit de cette mesure sera recouvré par les URSSAF de Paris-Ile de France et du Rhône. Ce recouvrement rentre dans les missions habituelles de ces organismes.

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**

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**

Le nouveau taux entrera en vigueur le 1er janvier 2014. 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 14

INTEGRATION DES DEFICITS DE LA CNAMTS ET DE LA CNAF DANS LE CHAMP DES REPRISES DE LA CADES

I. Présentation de la mesure

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

La dernière reprise des déficits du régime général et du Fonds de solidairté vieillesse confiée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été mise en œuvre par la LFSS pour 2011. Elle comprend deux volets :

- d'une part, le transfert, dans la limite de 68 Md€, des déficits cumulés du régime général (hors branche AT-MP) et du FSV pour 2009-2010, ainsi que des déficits prévisionnels des branche maladie et famille pour 2011. Ce premier volet du transfert a été financé par l'affectation à la CADES de 0,28 point de contribution sociale généralisée (CSG) supplémentaire auparavant affectés à la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF). Ce premier volet a été réalisé au cours de l'année en 2011.

- d'autre part, le transfert, dans la limite globale de 62 Md€ et de 10 Md€ par an, des déficits 2011 à 2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV. Le financement de ce second volet est quant à lui assuré par : i) l'affectation à la Caisse de 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital, auparavant affecté au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) ; ii) le versement à la CADES par le Fonds de réserve des retraites de 2,1 Md€ par an entre 2011 et 2024 (soit 29,4 Md€ au total).

Le second volet de cette reprise (dettes « vieillesse ») est mis en œuvre par une série de reprises annuelles effectuées après la constatation du déficit de l'année précédente. Il s'achèvera, avec le transfert en 2019 du déficit de l'exercice 2018.

L'équilibre pour la CADES de cette reprise de dette au regard des règles organiques relatives à l'horizon d'amortissement de la CADES avait été défini en mettant en regard les recettes transférées à la CADES et les engagements qui lui étaient transférés dans le même temps. Le montant de ces engagements et leur impact sur l'horizon d'amortissement de la CADES ont été défini par le plafond global de 62 Md€ et le plafond annuel de 10 Md€. La CADES réajuste régulièrement son horizon d'amortissement en tenant compte des reprises effectivement réalisées, et en prévoyant pour l'avenir des reprises saturant les plafonds de 62 Md€ sur la période et de 10 Md€ par an.

Les mesures prises dans le cadre de la réforme des retraites amélioreront les soldes de la branche vieillesse sur la période et permettent de limiter la période de reprise des déficits prévisionnels CNAV et FSV à la période 2011-2017 et non plus 2018. Dès lors, les plafonds définissant cette reprise peuvent couvrir non seulement les déficits de la CNAV et du FSV, mais aussi une partie des déficits des autres branches du régime général, sans modifier les conditions de l'article 4 de l'ordonnance de 1996, notamment l'équilibre de la reprise de dette opérée en loi de financement pour 2011, qui prévoyait un plafond global de reprise de 62 Md€ et un plafond annuel de 10 Md€.

Cette modification du champ de la reprise sous plafond de 62 Md€ par la CADES limitera l'ampleur des déficits cumulés des branches famille et maladie financés à court terme par l'ACOSS, dont la mission doit demeurer la couverture des besoins de financement non permanents des différentes branches du régime général et dont le recours à l'emprunt est strictement encadré, *via* la fixation d'un plafond annuel d'emprunt dans 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 modifier le périmètre des déficits relevant de la reprise prévue par la LFSS pour 2011.

Cette mesure ne transfère pas de nouveaux engagements à la CADES par rapport à la reprise de la LFSS 2011 : en effet, les engagements transférés à la CADES par cette reprise sont définis par les plafonds de déficits autorisés en LFSS 2011 – 62 Md€ de reprise globale et 10 Md€ de transfert annuel

L'équilibre de cette reprise pour la CADES, qui permet de ne pas allonger son horizon d'amortissement, a été défini en LFSS pour 2011 par l'affectation de recettes déterminées au regard des engagements constitués par ces plafonds.

Lorsque la CADES actualise régulièrement sa prévision d'horizon d'amortissement, elle révise l'appréciation des engagements qui lui ont été transférés en LFSS pour 2011 en tenant compte des reprises effectivement réalisées et en supposant, pour l'avenir, des reprises correspondant au plafond global de 62 Md€, en supposant que les plus prochaines reprises satureront le plafond annuel de 10 Md€ par an.

Ainsi, à droit inchangé, à la date de présentation, d'examen et d'adoption de la LFSS pour 2014, l'horizon d'amortissement de la CADES est calculé en supposant que des déficits à hauteur de 10 Md€ seront repris en 2014 au titre de l'exercice 2013, puis en 2015 au titre de l'exercice 2014, et ainsi de suite jusqu'à ce que le total des déficits repris atteigne 62 Md€. De ce fait, la mesure proposée ne modifie pas non plus le calendrier selon lequel les déficits constitutifs du plafond global de 62 Md€ seront transférés par rapport aux prévisions de la CADES servant à calculer la durée d'amortissement.

Elle n'allonge donc pas la durée d'amortissement de la dette sociale telle qu'appréciée à la date d'adoption de la loi.

Cette mesure, qui ne modifie pas le montant maximal des transferts et n'accroît pas la durée d'amortissement de la CADES, ne nécessite donc pas d'apport de recettes à la CADES.

Afin de ne pas bouleverser le schéma élaboré initialement, la priorité, entre les déficits repris au sein des plafonds, est donnée aux déficits de la branche vieillesse. Les déficits maladie et famille ne seront repris qu'à concurrence de la différence entre les déficits vieillesse et les plafonds ; les déficits maladie seront repris prioritairement aux déficits famille. Au sein de chaque branche, les déficits seront repris dans l'ordre d'ancienneté.

Autres options possibles :

Une autre option aurait consisté à compléter cette mesure par le transfert de nouveaux engagements assorti de l'affectation de recettes supplémentaires à la CADES – recettes qui auraient été calibrées au vu de ces seuls nouveaux engagements. En effet, les prévisions de déficits des différentes branches ne permettront pas aux plafonds de la reprise de la LFSS 2011 de porter non seulement les déficits vieillesse de 2011 à 2018 mais aussi les déficits des branches maladie et famille depuis 2012 et à venir.

Une variante de cette option aurait consisté à globaliser la reprise de dette vieillesse de la LFSS 2011 et une nouvelle reprise au sein d'un nouveau plafond de reprise. Des recettes supplémentaires auraient été transférées pour couvrir la différence entre les engagements actuels de la CADES, définis par les plafonds de 62 et 10 Md€, et les engagements supplémentaires.

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

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

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

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

des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

L'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Sans objet

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, 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 Sans objet Sans objet

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

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

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

La mesure, si elle allège à court terme les charges qui pèsent sur l'ACOSS, est globalement neutre d'un point de vue financier, la CADES ayant d'ores et déjà intégré un montant de reprise à hauteur de 62 Md€, ni ses recettes ni ses charges ne seront affectées.

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

a) impacts économiques

L'élargissement du périmètre de la reprise prévue en LFSS pour 2011 permettra faciliter la gestion de trésorerie du régime général, tout en évitant une hausse de la CSG ou de la CRDS qui pourrait avoir un impact négatif sur la consommation en pesant sur les ménages.

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

Le traitement des déficits non financés des branches maladie et famille permettra de faciliter la gestion de trésorerie du régime général par l'ACOSS. En contrepartie, il modifie à la marge la chronique d'amortissement de la dette sociale par la CADES mais s'inscrit dans le respect des plafonds de reprise (plafonds annuels et plafond global) et n'allonge pas sa durée d'existence.

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

La CADES sera en mesure d'assurer ses nouvelles missions avec les moyens disponibles.

d) impact budgétaire

cf. ci-dessus

e) impact sur l'emploi

cf. ci-dessus

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

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

Les montants et les dates des versements de la CADES à l'ACOSS, correspondants aux dettes transférées à la Caisse, seront fixés par décret pour les exercices 2014 et suivants, conformément aux modalités déjà prévues par la LFSS pour 2011.

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 ?

Le Programme de qualité et d'efficience (PQE) « Financement » permettra de suivre la mise œuvre du schéma porté par le PLFSS pour 2014.

Notamment, l'indicateur n°1-6 relatif au suivi de la dette sociale portée par la CADES présente :

- dans le 1er sous-indicateur, le montant de la dette reprise par la CADES et le montant restant à amortir ;
- dans le 2ème sous-indicateur, les amortissements annuels et les intérêts versés par la CADES ;
- dans le 3ème sous-indicateur, les perspectives d'extinction de la dette sociale.

En outre l'indicateur n°1-2 relatif à l'évolution de la dette « courante » des organismes de Sécurité sociale (non reprise par la CADES ou l'Etat), présentera un montant nettement réduit du fait de l'augmentation de la dette portée par la CADES.

Enfin, les PQE « maladie », « famille » et « retraites » présenteront, dans leurs objectifs de garantie « de la viabilité financière », l'impact positif de la mesure sur les recettes des différentes branches.

- Si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Sans objet

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 4 actuel de l'ordonnance du 24 janvier 1996	Article 4 modifié de l'ordonnance du 24 janvier 1996
II *quinquies*. — La couverture des déficits des exercices 2011 à 2018 de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 62 milliards d'euros sur la période et dans la limite de 10 milliards par an. Les versements interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012. Leurs dates et montants sont fixés par décret. Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 62 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, en priorité à la branche mentionnée au 3° du même article L. 200-2.	II *quinquies*. — La couverture des déficits des exercices 2011 à **2017 des branches mentionnées aux 1°**, 3° **et 4°** de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code**, déduction faite de la part des déficits de l'exercice 2011 couverte en application du II quater,** est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 62 milliards d'euros sur la période et dans la limite de 10 milliards par an. **Les versements, dont les dates et montants sont fixés par décret et qui peuvent faire l'objet d'acomptes provisionnels, interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012.** **Dans le cas où le montant des déficits mentionnés à l'alinéa précédent excède les plafonds qui y sont cités, les transferts sont affectés, par priorité, à la couverture des déficits de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, puis de ceux du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, puis des déficits les plus anciens de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code et enfin des déficits de la branche mentionnée au 4° du même article.**

ARTICLE 15

MESURES DE TRANSFERTS DE RECETTES

I. Présentation de la mesure

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

Affectation du stock de C3S au FSV :

Depuis l'exercice 2011, et à l'issue d'une réforme progressive de ses modalités d'attribution, la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est affectée comme suit :

- la branche maladie du régime des exploitants agricoles est attributaire de 30,89 % du produit de la C3S de base en contrepartie de la suppression du transfert de la compensation généralisée maladie (LFSS pour 2011) ;
- le Régime Social des Indépendants (RSI) reçoit de la C3S à hauteur des déficits comptables des trois régimes de base qu'il gère (maladie, retraite des artisans, retraite des commerçants) ainsi que pour la retraite complémentaire des entrepreneurs du bâtiment et des travaux publics ;
- le FSV perçoit d'une part la totalité du produit de C3S additionnelle (dans le cadre de transferts de recettes opérées par la réforme des retraites de l'automne 2010) et d'autre part le solde du produit de C3S de base.

Par ailleurs, pour la première fois en 2011, la comptabilisation de la C3S a été effectuée conformément aux principes de droits constatés, ce qui implique notamment que désormais :

- la totalité de produit de C3S de l'année est répartie entre les attributaires ;
- les restes à recouvrer et les provisions sont notifiés par le RSI au régime des exploitants agricoles et au FSV.

A contrario, les reliquats des encaissements antérieurs à 2011 ne sont retracés en produits dans aucun compte. Ils constituent autant de réserves immobilisées sur le compte de dépôt du RSI à l'ACOSS. Ces montants se portent à 1,3 Md€.

Transferts de recettes :

Les gains attendus de la réforme du mode de calcul du quotient familial et de la fiscalisation de la participation des employeurs au financement des contrats collectifs relatifs à la protection complémentaire contribueront au redressement des comptes de la sécurité sociale dès 2014. Se rajoute la compensation à la Caisse nationale des allocations familiales de la perte de 0,15 point de cotisations patronales, qui vise à neutraliser l'effet de la hausse de cotisation patronale vieillesse sur le coût du travail.

Au total, 3,03 Md€ des produits de TVA seront réaffectés, dans le projet de loi de finances pour 2014, à la sécurité sociale depuis le budget général. Dans un souci de clarification des affectataires, l'intégralité de ces transferts a été orientée vers la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, déjà affectataire de 5,88 % des produits de TVA.

Il importe donc de reflécher, en PLFSS, une partie de ces gains (la part liée à la réforme du quotient familial et celle correspondant à la compensation de la perte de cotisations) vers la branche famille,

Par ailleurs, le FSV recevra en 2014 l'intégralité des produits de la contribution additionnelle de solidarité autonomie (soit 650 M€ en 2014), via une modification des clés de répartition de la CSG entre la CNSA – affectataire de la CASA – et le FSV. Il s'agit ici d'une reconduction du dispositif prévu en LFSS 2013 dans l'attente de la réforme de la dépendance.

Enfin, des réaffectations de recettes entre branches et caisses de sécurité sociale permettront d'approfondir le mouvement de rationalisation porté par les lois financières successives, tout en prenant en compte les dynamiques des recettes et des prestations.

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

Affectation du stock de C3S au FSV :

Mesure proposée :

Le FSV, dont le déficit prévisionnel se porte à – 2,7 Md€ en 2013 et – 3,7 Md€ en 2014 (avant LFSS), étant déjà attributaire du reliquat de C3S sur les produits d'un exercice, il est proposé de lui affecter également les réserves de C3S. Plusieurs modalités de décaissements de ces réserves peuvent être envisagées.

L'option privilégiée consiste en un décaissement en direction du FSV : il s'agirait d'intégrer aux recettes du FSV les reliquats de C3S correspondant aux soldes des exercices antérieurs à 2011. Les modalités de cette affectation seront précisées par arrêté, notamment en vue du lissage de ces transferts sur plusieurs exercices.

Transferts de recettes :

Mesure proposée :

Les transferts proposés se décomposent de la manière suivante :

- Plusieurs contributions sont transférées de la CNAM à la CNAF :
  - Les contribution patronale et salariales sur les stock options ;
  - La contribution salariale sur les *carried interest* ;
  - La contribution sur les numéros surtaxés ;
  - Les prélèvements sur les jeux.

- La taxe sur les véhicules de sociétés, initialement affectée à la MSA est transférée à la CNAF. La MSA devient, en contrepartie, affectataire de droits tabacs en provenance de la CNAMTS à due concurrence ;

- Pour sa part, le forfait social est largement réaffecté à la CNAV, en provenance de la CNAMTS et du FSV.

- Le prélèvement social sur le capital est recentré sur la CNAMTS, en provenance de la CNAF, de la CNAV et du FSV ;

- La taxe sur les salaires est réaffectée de la CNAV vers le FSV et la CNAF.

La répartition de la CSG entre les branches est modifiée, au profit de la CNAF et du FSV (notamment pour rerouter au profit du FSV le produit de la CASA affectée à la CNSA) et au détriment de la CNAMTS et de la CNSA.

A cette occasion, il est procédé à une harmonisation des clés de ventilation de la CSG, qui variaient actuellement selon les assiettes de CSG. Ainsi, la part affectée à la CNAF est fixée à 0,80% quelque soit l'assiette, celle du FSV est arrêtée à 0,85%.

Au terme de ces transferts, la CNAF reçoit des recettes nettes permettant compenser l'impact lié à la diminution des taux de cotisation, ainsi que les recettes correspondant à la réforme du mode de calcul du quotient familial. La CNAMTS reçoit, pour sa part, des recettes complémentaires, notamment liée à l'impact de la fiscalisation de la participation des employeurs au financement des contrats collectifs relatifs à la protection complémentaire.

Enfin, ces transferts sont globalement neutres pour la CNAV et le FSV, la légère dégradation du solde de ce dernier en 2014 ayant vocation à être plus que compensée par la dynamique des recettes transférées et notamment de la CSG et de la taxe sur les salaires.

Le tableau ci-dessous permet d'illustrer les transferts mis en œuvre dans le présent article.

Affectataire	Poste	2014
CNAM	Affectation de TVA	3 030
	Modification des clés AG	194
	Prélèvement social sur le capital	2 920
	Forfait social	-1 800
	Stock-options	-489
	Jeux et paris	-231
	Transfert de droits tabac à la MSA	-893
	CSG	-911
	Total	**1 819**
CNAF	Modification des clés AG	194
	Affectation de TVS	893
	Affectation contrib Stock-options	489
	Affectation contrib Jeux et paris	231
	CSG	791
	Prélèvement social sur le capital	-471
	Taxe sur les salaires	53
	Total	**2 179**
CNAV	Modification des clés AG	-388
	Prélèvement social sur le capital	-2 067
	Forfait social	2 882
	Taxe sur les salaires	-434
	Total	**-6**
FSV	Prélèvement social sur le capital	-135
	Forfait social	-1 082
	CSG	791
	Taxe sur les salaires	381
	Total	**-44**
CNSA	CASA	645
	CSG	-627
	Effet de la mesure tx histo sur CSA	14
	Total	**32**
MSA	Transfert TVS à la CNAF	-893
	Transfert de droits tabac de la CNAM	893
	Total	**0**
Tous affectataires	**Total**	**3 980**

A noter qu'outre les transferts évoqués plus haut, le tableau ci-dessus intègre la modification de la clé de répartition du coût des allègements généraux de cotisations sociales, qui fera l'objet d'une

modification ultérieure par arrêté, pour prendre en compte la nouvelle répartition des cotisations entre les branches suite aux modifications de taux de cotisations successives (décret de juillet 2012, projet de loi sur les retraites et baisse annoncée du taux de cotisation patronale famille).

En effet, sans évolution, la CNAF aurait financé une part des exonérations relativement plus importante que sa part dans les cotisations et la CNAV une part plus faible. In fine, cette mesure se traduit par des transferts de cotisations entre les branche : de la CNAV vers la CNAF et la CNAMTS.

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

La mesure a un impact sur les recettes des branches de la sécurité sociale et du FSV. Elle trouve donc place en 3e partie de la loi de financement en vertu du 2° du B du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis 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 2014.

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 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

Cette mesure a vocation à être partiellement codifiée, à l'exception des dispositions concernant l'affectation provisoire des produits de la contribution additionnelle de solidarité autonomie, et de celle concernant l'imputation de la contribution sur les contrats d'assurance vie multisupport, elle aussi provisoire.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure procède à la suppression des dispositions du code de la sécurité sociale devenue obsolète à l'issue des réaffectations de recettes proposées.

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

Sans objet

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 Sans objet Sans objet

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Affectation du stock de C3S au FSV :

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2013 *(rectificatif)*	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
FSV		+ 800	+ 300	+ 200	

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

Cette mesure est neutre pour le RSI qui demeure équilibré à l'euro près par les produits de C3S. En revanche, le FSV est bénéficiaire d'un surcroit de recettes.

Transferts de recettes :

L'impact des mesures de transfert prévues dans cet article est présenté dans le tableau *supra*.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Ces mesures de transferts entre branches et caisses de la sécurité sociale n'ont pas d'impacts économiques.

b) impacts sociaux

Ces mesures de transferts entre branches et caisses de la sécurité sociale n'ont pas d'impacts sociaux.

c) impacts sur l'environnement

Ces mesures de transferts entre branches et caisses de la sécurité sociale n'ont pas d'impacts environnementaux.

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

Ces mesures de transferts entre branches et caisses de la sécurité sociale n'ont pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

a) impact sur les personnes physiques

Ces mesures de nature financières n'ont pas d'impact sur les personnes physiques.

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

Ces mesures modifient les recettes fiscales dont bénéficient les différentes caisses et branches de la sécurité sociale et le FSV.

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

La charge administrative des organismes ne sera pas significativement accrue par ces modifications d'affectataires.

d) impact budgétaire

L'impact budgétaire est nul toutes APU.

e) impact sur l'emploi

Ces mesures n'ont pas d'impact sur l'emploi.

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

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

Un arrêté sera nécessaire pour fixer les modalités de décaissement des recettes au profit du FSV, notamment la chronique des versements.

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 à compter du 1er janvier 2014

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. 135-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article 135-3 modifié du code de la sécurité sociale
Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par : 1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes de ces contributions ; 2° Une fraction fixée à l'article L. 131-8 du présent code du produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code ; 3° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 fixée à l'article L. 137-16 ; 4° Le solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionné au second alinéa de l'article L. 651-2-1 ainsi que les produits financiers mentionnés à ce même alinéa ; 5° Le produit de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionnée à l'article L. 245-13 ; 6° (Abrogé) ; 6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ; 7° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ; 8° Les fonds consignés au 31 décembre 2003 au titre des compensations prévues à l'article L. 134-1 ; 9° Alinéa abrogé 10° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 ;	Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par : 1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes de ces contributions ; 2° Une fraction fixée à l'article L. 131-8 du présent code du produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code ; 3° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 fixée à l'article L. 137-16 ; 4° Le solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionné au second alinéa de l'article L. 651-2-1**,** ~~ainsi que~~ les produits financiers mentionnés à ce même alinéa**, ainsi que le reliquat du produit au titre des exercices antérieurs à 2011, dans les conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget** ; 5° Le produit de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionnée à l'article L. 245-13 ; 6° (Abrogé) ; 6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ; 7° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ; 8° Les fonds consignés au 31 décembre 2003 au titre des compensations prévues à l'article L. 134-1 ; 9° Alinéa abrogé

10° bis Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ; 10° ter Les sommes acquises à l'Etat conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ; 10° quater Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ; 10° quinquies Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ; 10° sexies Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-5 du présent code ; 11° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail. Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale.	10° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 ; 10° bis Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ; 10° ter Les sommes acquises à l'Etat conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ; 10° quater Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ; 10° quinquies Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ; 10° sexies Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-5 du présent code ; 11° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail. Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale.
Article L. 137-13 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 137-13 modifié du code de la sécurité sociale
I. — Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires, une contribution due par les employeurs :	I. — Il est institué, au profit **de la Caisse nationale des allocations familiales** ~~des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires~~, une contribution due par les employeurs :

— sur les options consenties dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ; — sur les actions attribuées dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du même code. En cas d'options de souscription ou d'achat d'actions, cette contribution s'applique, au choix de l'employeur, sur une assiette égale soit à la juste valeur des options telle qu'elle est estimée pour l'établissement des comptes consolidés pour les sociétés appliquant les normes comptables internationales adoptées par le règlement (CE) n° 1606/2002 du Parlement européen et du Conseil du 19 juillet 2002 sur l'application des normes comptables internationales, soit à 25 % de la valeur des actions sur lesquelles portent ces options, à la date de décision d'attribution. Ce choix est exercé par l'employeur pour la durée de l'exercice pour l'ensemble des options de souscription ou d'achat d'actions qu'il attribue ; il est irrévocable durant cette période. En cas d'attribution gratuite d'actions, cette contribution s'applique, au choix de l'employeur, sur une assiette égale soit à la juste valeur des actions telle qu'elle est estimée pour l'établissement des comptes consolidés pour les sociétés appliquant les normes comptables internationales adoptées par le règlement (CE) n° 1606/2002 du Parlement européen et du Conseil du 19 juillet 2002 précité, soit à la valeur des actions à la date de la décision d'attribution par le conseil d'administration ou le directoire. Ce choix est exercé par l'employeur pour la durée de l'exercice pour l'ensemble des attributions gratuites d'actions ; il est irrévocable durant cette période. II. — Le taux de cette contribution est fixé à 30 %. Elle est exigible le mois suivant la date de la décision d'attribution des options ou des actions visées au I. III. — Ces dispositions sont également applicables lorsque l'option est consentie ou l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle le bénéficiaire exerce son activité.	— sur les options consenties dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ; — sur les actions attribuées dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du même code. En cas d'options de souscription ou d'achat d'actions, cette contribution s'applique, au choix de l'employeur, sur une assiette égale soit à la juste valeur des options telle qu'elle est estimée pour l'établissement des comptes consolidés pour les sociétés appliquant les normes comptables internationales adoptées par le règlement (CE) n° 1606/2002 du Parlement européen et du Conseil du 19 juillet 2002 sur l'application des normes comptables internationales, soit à 25 % de la valeur des actions sur lesquelles portent ces options, à la date de décision d'attribution. Ce choix est exercé par l'employeur pour la durée de l'exercice pour l'ensemble des options de souscription ou d'achat d'actions qu'il attribue ; il est irrévocable durant cette période. En cas d'attribution gratuite d'actions, cette contribution s'applique, au choix de l'employeur, sur une assiette égale soit à la juste valeur des actions telle qu'elle est estimée pour l'établissement des comptes consolidés pour les sociétés appliquant les normes comptables internationales adoptées par le règlement (CE) n° 1606/2002 du Parlement européen et du Conseil du 19 juillet 2002 précité, soit à la valeur des actions à la date de la décision d'attribution par le conseil d'administration ou le directoire. Ce choix est exercé par l'employeur pour la durée de l'exercice pour l'ensemble des attributions gratuites d'actions ; il est irrévocable durant cette période. II. — Le taux de cette contribution est fixé à 30 %. Elle est exigible le mois suivant la date de la décision d'attribution des options ou des actions visées au I. III. — Ces dispositions sont également applicables lorsque l'option est consentie ou l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle le bénéficiaire exerce son activité.
Article L. 137-14 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 137-14 modifié du code de la sécurité sociale
Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les	Il est institué, au profit **de la Caisse nationale des allocations familiales** ~~des régimes~~

bénéficiaires, une contribution salariale de 10 % assise sur le montant des avantages définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A du code général des impôts. Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du présent code.	~~obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires~~, une contribution salariale de 10 % assise sur le montant des avantages définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A du code général des impôts. Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du présent code.
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 **à la Caisse nationale des allocations familiales** ~~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. 137-19 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 137-19 modifié du code de la sécurité sociale
Il est institué, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un prélèvement sur le produit des appels à des numéros surtaxés effectués dans le cadre des programmes télévisés et radiodiffusés comportant des jeux et concours. Le prélèvement est assis sur le montant des appels effectués au moyen de numéros audiotels ou de messages écrits adressés, net des coûts de l'opérateur de téléphonie et des remboursements de la participation aux jeux et concours, et diminué de la valeur des gains distribués aux spectateurs, aux auditeurs et aux candidats. Le prélèvement est acquitté par l'organisateur du jeu ou du concours. Le taux du prélèvement est fixé à 9,5 %. Ce prélèvement est recouvré et contrôlé selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les	Il est institué, au profit de la Caisse nationale des allocations familiales ~~de l'assurance maladie des travailleurs salariés~~, un prélèvement sur le produit des appels à des numéros surtaxés effectués dans le cadre des programmes télévisés et radiodiffusés comportant des jeux et concours. Le prélèvement est assis sur le montant des appels effectués au moyen de numéros audiotels ou de messages écrits adressés, net des coûts de l'opérateur de téléphonie et des remboursements de la participation aux jeux et concours, et diminué de la valeur des gains distribués aux spectateurs, aux auditeurs et aux candidats. Le prélèvement est acquitté par l'organisateur du jeu ou du concours. Le taux du prélèvement est fixé à 9,5 %. Ce prélèvement est recouvré et contrôlé selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations

règles applicables à ces mêmes taxes.	sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à ces mêmes taxes.
Article L. 137-24 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 137-24 modifié du code de la sécurité sociale
Le produit des prélèvements prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 est affecté à concurrence de 5 % et dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé mentionné à l'article L. 1417-1 du code de la santé publique. Afin de permettre notamment la prise en charge des joueurs pathologiques, le surplus du produit de ces prélèvements est affecté aux régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code.	Le produit des prélèvements prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 est affecté à concurrence de 5 % et dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé mentionné à l'article L. 1417-1 du code de la santé publique. ~~Afin de permettre notamment la prise en charge des joueurs pathologiques, le surplus du produit de ces prélèvements est affecté aux régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code.~~ **Le surplus de ces prélèvements est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales.**
Article L. 139-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 139-1 modifié du code de la sécurité sociale
L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV et du V de l'article L. 136-8 et des articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 et la répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie. Chaque régime d'assurance maladie, à l'exception de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, reçoit un montant égal à celui perçu au titre de l'année 1998 en ce qui concerne la répartition tant de ces contributions que des droits de consommation sur les alcools, corrigé de l'impact sur douze mois civils de la substitution de la contribution sociale généralisée aux cotisations d'assurance maladie. Ce montant est réactualisé au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution, avant application de la réduction représentative de frais professionnels mentionnée au I de l'article L. 136-2, de l'assiette de la contribution visée à l'article L. 136-1 attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie entre les deux derniers exercices connus. Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes	L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV et du V de l'article L. 136-8 ~~et des articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22~~ et la répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie. Chaque régime d'assurance maladie, à l'exception de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, reçoit un montant égal à celui perçu au titre de l'année 1998 en ce qui concerne la répartition tant de ces contributions que des droits de consommation sur les alcools, corrigé de l'impact sur douze mois civils de la substitution de la contribution sociale généralisée aux cotisations d'assurance maladie. Ce montant est réactualisé au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution, avant application de la réduction représentative de frais professionnels mentionnée au I de l'article L. 136-2, de l'assiette de la contribution visée à l'article L. 136-1 attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie entre les deux derniers exercices connus. Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes

concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Les montants fixés par cet arrêté peuvent être majorés tous les trois ans, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, sur demande des régimes intéressés adressée au président de la commission de répartition, lorsque la réactualisation mentionnée à l'alinéa précédent, appliquée sur les trois derniers exercices, est inférieure à l'accroissement, sur la même période, de l'assiette des cotisations d'assurance maladie du régime demandeur. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit le solde de la contribution sociale généralisée après la répartition prévue au deuxième alinéa du présent article. La commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle présente au Parlement et propose, le cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés à chaque régime.	concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Les montants fixés par cet arrêté peuvent être majorés tous les trois ans, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, sur demande des régimes intéressés adressée au président de la commission de répartition, lorsque la réactualisation mentionnée à l'alinéa précédent, appliquée sur les trois derniers exercices, est inférieure à l'accroissement, sur la même période, de l'assiette des cotisations d'assurance maladie du régime demandeur. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit le solde de la contribution sociale généralisée après la répartition prévue au deuxième alinéa du présent article. La commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle présente au Parlement et propose, le cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés à chaque régime.
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 ; 3° abrogé ; 4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ; 5° Une fraction égale à 57,8 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ; 6° (Abrogé) 7° (Abrogé)	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° abrogé ; 4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ; 5° Une fraction égale à 57,8 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ; 6° (Abrogé) 7° (Abrogé)

8° Une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts ; 9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010, 1609 vicies et 1618 septies du code général des impôts ; 10° Une fraction égale à 30,89 % du produit de la contribution sociale de solidarité mentionnée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale ; 11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ; 12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ; 13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche ; 14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ; 15° Toute autre ressource prévue par la loi.	8° Une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts ; 9° **Le produit des taxes mentionnées aux articles 1609 vicies et 1618 septies du code général des impôts**~~Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010, 1609 vicies et 1618 septies du code général des impôts~~ ; 10° Une fraction égale à 30,89 % du produit de la contribution sociale de solidarité mentionnée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale ; 11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ; 12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ; 13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche ; 14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ; 15° Toute autre ressource prévue par la loi.
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 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) 3° Le produit de la taxe sur les primes	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 **53,5 %** ~~56,8 %~~ ; - à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à **27,5 %** ~~27,1 %~~ ; - au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à **19 %** ~~16,1~~ % ; 2° (~~Abrogé~~) **Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée à l'article L.**

d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6, est versé à la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2 ; 4° (Abrogé) ; 5° (Abrogé) ; 6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ; 7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé : a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 68,14 % ; b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 7,27 % ; c) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 9,46 % ; d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ; e) Aux branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 9,18 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ; f) A l'Etablissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la Société nationale des chemins de fer français et de la Régie autonome des transports parisiens et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,60 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ; g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ; h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 %. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article est chargée de centraliser et répartir le produit des taxes et des impôts mentionnés, dans les conditions prévues au présent article	**241-6**; 3° Le produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6, est versé à la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2 ; 4° ~~(Abrogé)~~ **Le produit de la taxe visée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.** 5° ~~(Abrogé)~~ **Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-13, L. 137-14, L. 137-18, L. 137-19 et L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée à l'article L. 241-6** ; 6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ; 7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé : a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à **60 %** ~~68,14 %~~ ; b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 7,27 % ; c) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à **17,60 %** ~~9,46 %~~ ; d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ; e) Aux branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 9,18 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ; f) A l'Etablissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la Société nationale des chemins de fer français et de la Régie autonome des transports parisiens et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,60 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ; g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale

<table>
<tr><td></td><td>pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;
h) Au fonds mentionné à l’article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 %.

L’Agence centrale des organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article est chargée de centraliser et répartir le produit des taxes et des impôts mentionnés, dans les conditions prévues au présent article</td></tr>
<tr><td>Article L. 137-16 actuel
du code de la sécurité sociale</td><td>Article L. 137-16 modifié
du code de la sécurité sociale</td></tr>
<tr><td>Le taux de la contribution mentionnée à l’article L. 137-15 est fixé à 20 %.

Toutefois, ce taux est fixé à 8 % pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, ainsi que pour les sommes affectées à la réserve spéciale de participation conformément aux modalités définies à l’article L. 3323-3 du code du travail au sein des sociétés coopératives ouvrières de production soumises à la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives ouvrières de production.

Le produit de cette contribution est réparti conformément au tableau suivant :

<table>
<tr><td></td><td>POUR LES REMUNERATIONS ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %</td><td>POUR LES REMUNERATIONS ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %</td></tr>
<tr><td>Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés</td><td>6,1 points</td><td>5 points</td></tr>
<tr><td>Caisse nationale d’assurance vieillesse</td><td>5,6 points</td><td></td></tr>
<tr><td>Fonds mentionné à l’article L. 135-1</td><td>8,3 points</td><td>3 points</td></tr>
<tr><td>Dont section mentionnée à l’article L. 135-3-1</td><td>0,5 point</td><td>0,5 point</td></tr>
</table>
</td><td>Le taux de la contribution mentionnée à l’article L. 137-15 est fixé à 20 %.

Toutefois, ce taux est fixé à 8 % pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, ainsi que pour les sommes affectées à la réserve spéciale de participation conformément aux modalités définies à l’article L. 3323-3 du code du travail au sein des sociétés coopératives ouvrières de production soumises à la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives ouvrières de production.

Le produit de cette contribution est réparti conformément au tableau suivant :

<table>
<tr><td></td><td>POUR LES REMUNERATIONS ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %</td><td>POUR LES REMUNERATIONS ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %</td></tr>
<tr><td>~~Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés~~</td><td>~~6,1 points~~</td><td>~~5 points~~</td></tr>
<tr><td>Caisse nationale d’assurance vieillesse</td><td>16 ~~5,6~~ points</td><td>6,4 points</td></tr>
<tr><td>Fonds mentionné à l’article L. 135-1</td><td>4 ~~8,3~~ points</td><td>1,6 ~~3~~ point~~s~~</td></tr>
<tr><td>Dont section mentionnée à l’article L. 135-3-1</td><td>0,5 point</td><td>0,5 point</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Article L. 245-16 actuel
du code de la sécurité sociale</td><td>Article L. 245-16 modifié
du code de la sécurité sociale</td></tr>
<tr><td>I. - Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 4,5 %.</td><td>I. - Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 4,5 %.</td></tr>
</table>

II. — Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti : — une part correspondant à un taux de 0,1 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1 ; — 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 2,75 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ; — une part correspondant à un taux de 0,35 % à la Caisse nationale des allocations familiales.	II. — Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti : ~~— une part correspondant à un taux de 0,1 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1 ;~~ — 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 **1,15 %** ~~2,75 %~~ à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ; ~~— une part correspondant à un taux de 0,35 % à la Caisse nationale des allocations familiales~~ — **une part correspondant à un taux de 2,05 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés**.
Article L. 136-8 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 136-8 modifié du code de la sécurité sociale
I.-Le taux des contributions sociales est fixé : 1° A 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ; 2° A 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ; 3° A 6,9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1. II.-Par dérogation au I : 1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ; 2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité. III.-Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article. IV.-Le produit des contributions mentionnées au I est versé : 1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,82 % et, par dérogation, de 0,8 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la	I.-Le taux des contributions sociales est fixé : 1° A 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ; 2° A 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ; 3° A 6,9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1. II.-Par dérogation au I : 1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ; 2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité. III.-Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article. IV.-Le produit des contributions mentionnées au I est versé : 1° **A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,87 %** ~~A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant~~

contribution au taux de 7,5 % ; 2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,886 % et, par dérogation, de 0,866 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ; 3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie visée à l'article 8 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, pour la part correspondant à un taux de 0,064 % ; 4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code, pour la part correspondant à un taux : a) Sous réserve des dispositions du g, de 5,25 % pour les contributions mentionnées au 1° du 1 ; b) De 4,85 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ; c) De 5,95 % pour les contributions mentionnées au 2° du I ; d) De 3,95 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ; e) De 4,35 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ; f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III ; g) De 5,29 % pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 %. 5° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,48 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,28 %. V.-Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti : 1° A la Caisse nationale des allocations familiales, pour 18 % ; 2° Au fonds de solidarité vieillesse, pour 14 % ; 3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour 2 % ; 4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1, pour 66 %.	~~à un taux de 0,82 % et, par dérogation, de 0,8 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 %~~ ; 2° **Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant au taux de 0,85 %** ~~Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,886 % et, par dérogation, de 0,866 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 %~~ ; 3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie visée à l'article 8 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, pour la part correspondant à un taux de 0,064 % ; 4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code, pour la part correspondant à un taux : a) ~~Sous réserve des dispositions du g,~~ de **5,20 %** ~~5,25 %~~ pour les contributions mentionnées au 1° du 1 ; b) De **4,80 %** ~~4,85 %~~ pour la contribution mentionnée au 3° du I ; c) De **5,90 %** ~~5,95 %~~ pour les contributions mentionnées au 2° du I ; d) De **3,90 %** ~~3,95 %~~ pour les revenus mentionnés au 1° du II ; e) De **4,30 %** ~~4,35 %~~ pour les revenus mentionnés au 2° du II ; f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III ; ~~g) De 5,29 % pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 %~~. 5° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,48 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,28 %. V.-Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti : 1° A la Caisse nationale des allocations familiales, pour 18 % ; 2° Au fonds de solidarité vieillesse, pour 14 % ; 3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour 2 % ; 4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1,

	pour 66 %. **VI. - 1° L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et répartir le produit de la contribution visée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article.** **2° Il en est de même pour les produits recouvrés simultanément à la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du présent code.**
Article 17 actuel de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013	Article 17 modifié de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013
I. — Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié : 1° Après le 1° de l'article L. 14-10-4, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé : « 1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus au III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale. « Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ; » ; 2° L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié : a) Au premier alinéa, le mot : « six » est remplacé par le mot : « sept » ; b) Après le V, il est inséré un V bis ainsi rédigé : « 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. » ; c) Au VI, les références : « 1° à 4° » sont remplacées par les références : « 1°, 2°, 3° et 4° » et, après le mot : « précédentes », sont insérés les mots : « , à l'exception de la section V bis, ».	I. — Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié : 1° Après le 1° de l'article L. 14-10-4, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé : « 1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus au III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale. « Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ; » ; 2° L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié : a) Au premier alinéa, le mot : « six » est remplacé par le mot : « sept » ; b) Après le V, il est inséré un V bis ainsi rédigé : « 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. » ; c) Au VI, les références : « 1° à 4° » sont remplacées par les références : « 1°, 2°, 3° et 4° » et, après le mot : « précédentes », sont insérés les mots : « , à l'exception de la section V bis, ».

II. — Le I s'applique aux pensions et allocations servies à compter du 1er avril 2013. III. — Pour l'année 2013, par dérogation au V bis de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles : 1° Le produit de la contribution instituée au I du présent article est affecté pour une part de 95 % à la section mentionnée au II du même article L. 14-10-5 et pour une part de 5 % à la section mentionnée au IV dudit article ; 2° Au 2° du IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, les taux : « 0,85 % » et « 0,83 % » sont, respectivement, remplacés par les taux : « 0,886 % » et « 0,866 % » et, à la fin du 3° du même IV, le taux : « 0,1 % » est remplacé par le taux : « 0,064 % ».	II. — Le I s'applique aux pensions et allocations servies à compter du 1er avril 2013. III. — **Pour les années 2013 et 2014** ~~Pour l'année 2013~~, par dérogation au V bis de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles : 1° Le produit de la contribution instituée au I du présent article est affecté pour une part de 95 % à la section mentionnée au II du même article L. 14-10-5 et pour une part de 5 % à la section mentionnée au IV dudit article ; 2° Au 2° du IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, pour l'année 2013, les taux : « 0,85 % » et « 0,83 % » sont, respectivement, remplacés par les taux : « 0,886 % » et « 0,866 % » et, à la fin du 3° du même IV, le taux : « 0,1 % » est remplacé par le taux : « 0,064 % ».~~.~~ **; pour l'année 2014, le taux : "0,85 %" est remplacé par le taux : "0,90 %" et à la fin du 3° du même IV, le taux : "0,1 %" est remplacé par le taux : "0,05 %".**
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 ; 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 ;	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 ; ~~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 ;~~ Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux

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 ; 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.	prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance vie multisupports ; ~~5° Le produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts ;~~ Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 du présent code, dans les conditions fixées par ce même article. 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 ;~~ ~~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 22 actuel de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011	Article 22 modifié de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011
I. — L'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1° Les a et b du 3° du II sont ainsi rédigés : « a) Lors de leur inscription au bon ou contrat pour : « — les bons ou contrats dont les droits sont exprimés en euros ou en devises ; « — la part des produits attachés aux droits exprimés en euros ou en devises dans les bons ou contrats en unités de compte mentionnées au second alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances ; « b) Lors du dénouement des bons ou contrats ou lors du décès de l'assuré. L'assiette de la contribution est calculée déduction faite des produits ayant déjà supporté la contribution au titre du a nets de cette contribution. « En cas de rachat partiel d'un bon ou contrat en unités de compte qui a été soumis à la contribution au titre du a, l'assiette de la contribution due au titre du rachat est égale au produit de l'assiette définie au premier alinéa du présent b par le rapport existant entre les primes comprises dans ledit rachat partiel et le montant total des primes versées net des primes comprises, le cas échéant, dans un rachat partiel antérieur. » ; 2° Après le III, il est inséré un III bis ainsi rédigé : « III bis. — 1. Lorsque, au dénouement d'un bon ou contrat mentionné au 3° du II ou lors du décès de l'assuré, le montant de la contribution acquittée dans les conditions du a du même 3° est supérieur au montant de celle calculée sur	I. — L'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1° Les a et b du 3° du II sont ainsi rédigés : « a) Lors de leur inscription au bon ou contrat pour : « — les bons ou contrats dont les droits sont exprimés en euros ou en devises ; « — la part des produits attachés aux droits exprimés en euros ou en devises dans les bons ou contrats en unités de compte mentionnées au second alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances ; « b) Lors du dénouement des bons ou contrats ou lors du décès de l'assuré. L'assiette de la contribution est calculée déduction faite des produits ayant déjà supporté la contribution au titre du a nets de cette contribution. « En cas de rachat partiel d'un bon ou contrat en unités de compte qui a été soumis à la contribution au titre du a, l'assiette de la contribution due au titre du rachat est égale au produit de l'assiette définie au premier alinéa du présent b par le rapport existant entre les primes comprises dans ledit rachat partiel et le montant total des primes versées net des primes comprises, le cas échéant, dans un rachat partiel antérieur. » ; 2° Après le III, il est inséré un III bis ainsi rédigé : « III bis. — 1. Lorsque, au dénouement d'un bon ou contrat mentionné au 3° du II ou lors du décès de l'assuré, le montant de la contribution acquittée dans les conditions du a du même 3° est supérieur au montant de celle calculée sur

l'ensemble des produits attachés au bon ou contrat, l'excédent est reversé au contrat. « En cas de rachat partiel, cet excédent n'est reversé qu'à proportion du rapport existant entre les primes comprises dans ce rachat et le montant total des primes versées net des primes comprises, le cas échéant, dans un rachat partiel antérieur.	l'ensemble des produits attachés au bon ou contrat, l'excédent est reversé au contrat. « En cas de rachat partiel, cet excédent n'est reversé qu'à proportion du rapport existant entre les primes comprises dans ce rachat et le montant total des primes versées net des primes comprises, le cas échéant, dans un rachat partiel antérieur.
« 2. L'établissement payeur reverse au contrat l'excédent de la contribution déterminé dans les conditions du 1 lors du dénouement du bon ou du contrat ou du décès de l'assuré, à charge pour cet établissement d'en demander la restitution. « La restitution s'effectue par voie d'imputation sur la contribution due par l'établissement payeur à raison des autres produits de placements. A défaut d'une base d'imputation suffisante, l'excédent de contribution non imputé est reporté ou remboursé. »	« 2. L'établissement payeur reverse au contrat l'excédent de la contribution déterminé dans les conditions du 1 lors du dénouement du bon ou du contrat ou du décès de l'assuré, à charge pour cet établissement d'en demander la restitution. « La restitution s'effectue par voie d'imputation sur la contribution due par l'établissement payeur à raison des autres produits de placements. A défaut d'une base d'imputation suffisante, l'excédent de contribution non imputé est reporté ou remboursé. »
II. — Au second alinéa du II de l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, la référence : « au premier alinéa du V » est remplacée par les références : « aux III bis et V ».	II. — Au second alinéa du II de l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, la référence : « au premier alinéa du V » est remplacée par les références : « aux III bis et V ».
III. — L'article 1649-0 A du code général des impôts est ainsi modifié :	III. — L'article 1649-0 A du code général des impôts est ainsi modifié :
1° Le premier alinéa du 3 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :	1° Le premier alinéa du 3 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
« 3. Les impositions mentionnées au 2 sont diminuées :	« 3. Les impositions mentionnées au 2 sont diminuées :
« a) De la restitution prévue au III bis de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale perçue au cours de l'année de la réalisation des revenus mentionnés au 4 ;	« a) De la restitution prévue au III bis de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale perçue au cours de l'année de la réalisation des revenus mentionnés au 4 ;
« b) Des restitutions de l'impôt sur le revenu perçues ou des dégrèvements obtenus au cours de l'année suivant celle de la réalisation des revenus mentionnés au 4. » ;	« b) Des restitutions de l'impôt sur le revenu perçues ou des dégrèvements obtenus au cours de l'année suivant celle de la réalisation des revenus mentionnés au 4. » ;
2° Le 6 est ainsi rédigé : « 6. Pour l'application du 4 :	2° Le 6 est ainsi rédigé : « 6. Pour l'application du 4 :
« a) Les revenus des comptes d'épargne-logement mentionnés aux articles L. 315-1 à L. 315-6 du code de la construction et de l'habitation, des comptes d'épargne d'assurance pour la forêt mentionnés au 23° de l'article 157 du présent code ainsi que les revenus des plans d'épargne populaire mentionnés au 22° du même article, autres que ceux exprimés en unités de compte, sont réalisés à la date de leur inscription	« a) Les revenus des comptes d'épargne-logement mentionnés aux articles L. 315-1 à L. 315-6 du code de la construction et de l'habitation, des comptes d'épargne d'assurance pour la forêt mentionnés au 23° de l'article 157 du présent code ainsi que les revenus des plans d'épargne populaire mentionnés au 22° du même article, autres que ceux exprimés en unités de compte, sont réalisés à la date de leur inscription

en compte ; « b) Les revenus des plans d'épargne populaire mentionnés au 22° de l'article 157 du présent code exprimés en unités de compte s'entendent de ceux soumis à la contribution sociale généralisée dans les conditions prévues au 4° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale ; « c) Les revenus des bons ou contrats de capitalisation et des placements de même nature mentionnés à l'article 125-0 A du présent code s'entendent de ceux soumis à la contribution sociale généralisée dans les conditions prévues au 3° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale. » IV. — Pour l'application du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, l'assiette de référence retenue pour le calcul du versement de l'acompte mentionné au même IV et dû en septembre et en novembre 2011 est majorée du montant des produits attachés aux droits exprimés en euros ou en devises et inscrits en décembre 2010 ou janvier 2011 aux bons ou contrats en unités de compte mentionnées au second alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances. V. — Le I s'applique aux produits inscrits aux bons ou contrats à compter du 1er juillet 2011, à l'exception de ceux inscrits en compte au titre des intérêts techniques et des participations aux bénéfices de l'exercice 2010. VI. — Il est opéré chaque année jusqu'en 2019 au profit de la Caisse nationale des allocations familiales, pour les montants fixés par le présent VI, un prélèvement sur les contributions et prélèvements mentionnés dans le tableau suivant : (…) Le prélèvement mentionné au premier alinéa du présent VI est versé par l'Etat. Les modalités de versement sont fixées par convention entre l'Etat et les organismes affectataires des contributions et prélèvements concernés.	en compte ; « b) Les revenus des plans d'épargne populaire mentionnés au 22° de l'article 157 du présent code exprimés en unités de compte s'entendent de ceux soumis à la contribution sociale généralisée dans les conditions prévues au 4° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale ; « c) Les revenus des bons ou contrats de capitalisation et des placements de même nature mentionnés à l'article 125-0 A du présent code s'entendent de ceux soumis à la contribution sociale généralisée dans les conditions prévues au 3° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale. » IV. — Pour l'application du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, l'assiette de référence retenue pour le calcul du versement de l'acompte mentionné au même IV et dû en septembre et en novembre 2011 est majorée du montant des produits attachés aux droits exprimés en euros ou en devises et inscrits en décembre 2010 ou janvier 2011 aux bons ou contrats en unités de compte mentionnées au second alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances. V. — Le I s'applique aux produits inscrits aux bons ou contrats à compter du 1er juillet 2011, à l'exception de ceux inscrits en compte au titre des intérêts techniques et des participations aux bénéfices de l'exercice 2010. VI. — Il est opéré chaque année jusqu'en 2019 au profit de la Caisse nationale des allocations familiales, pour les montants fixés par le présent VI, un prélèvement sur les contributions et prélèvements mentionnés dans le tableau suivant : (…) Le prélèvement mentionné au premier alinéa du présent VI est versé par l'Etat. **Il est réparti entre les différents attributaires des contributions et prélèvements mentionnés dans le tableau au prorata de leur part respective dans ces prélèvements en 2011. Pour les exercices ultérieurs, il peut être imputé sur l'ensemble des contributions et prélèvements mentionnés dont ils sont affectataires.** Les modalités de versement sont fixées par convention entre l'Etat et les organismes affectataires des contributions et prélèvements concernés.

ARTICLE 16

RECONFIGURATION DES EXONERATIONS EN FAVEUR DE CERTAINS PUBLICS, NOTAMMENT JEUNES (APPRENTIS, VOLONTAIRES SERVICE CIVIQUES, INSERTION PAR L'ACTIVITE ECONOMIQUE)

I. Présentation de la mesure

Le présent article adapte les modalités de financement de la protection sociale dont bénéficient deux catégories d'assurés jeunes et qui se trouvent dans une situation spécifique : les apprentis et les jeunes ayant souscrit un contrat de service civique.

Il s'agit tout d'abord, dans le prolongement du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraite, de permettre aux apprentis de valider pour la retraite tous leurs trimestres d'apprentissage. Aujourd'hui, les apprentis cotisent sur une assiette forfaitaire, inférieure à leur rémunération et trop faible pour leur permettre de valider une durée d'assurance vieillesse au moins égale à celle de leur contrat. Le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraite prévoit donc que la cotisation vieillesse-veuvage, aujourd'hui calculée sur la base de la rémunération abattue de l'équivalent de 11 points de SMIC, soit désormais calculée sur la rémunération réelle. Compte tenu des nouvelles règles de validation des trimestres (passage de 200 à 150h SMIC), cela permettra aux apprentis de s'ouvrir des droits à due proportion. L'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les apprentis est aujourd'hui compensée par l'Etat, sur la base de cette rémunération abattue. Le présent article prévoit de maintenir les modalités actuelles de calcul de la compensation des exonérations de cotisations sociales des apprentis. Cette exonération étant donc partiellement non compensée, pour la part de cotisation afférente à la différence entre la rémunération réelle et la rémunération abattue.

Pour les seconds, il procède à un alignement des règles de cotisation sur le droit commun : application des taux de droit commun sur une assiette normalisée. Cela conduira à supprimer le mécanisme de cotisation complémentaire, institué en 2010 pour permettre aux jeunes effectuant un service civique de valider des droits à retraite proportionnés à la durée de leur service. En effet, dans le cadre du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, il est prévu d'abaisser le seuil de validation d'un trimestre au titre de la durée de cotisation à 150 SMIC horaires, ce qui permettra aux volontaires d'en valider sans qu'il soit besoin de prévoir une sur-cotisation.

Cet alignement maintient donc le niveau de protection des volontaires.

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

- **S'agissant des apprentis**

Parmi les mesures qui améliorent les droits à retraite des femmes, des jeunes actifs et des assurés à carrière heurtée, l'article 16 du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraite a prévu de supprimer, pour la détermination de l'assiette de la cotisation d'assurance vieillesse et veuvage de base, l'abattement de 11 points du SMIC appliqué à la rémunération versée à l'apprenti.

Actuellement, l'assiette de calcul des cotisations des 370 000 apprentis[17] est déterminée à partir de la rémunération légale abattue de 11 points du SMIC (et de 20 points dans les DOM). Lorsque l'employeur rémunère l'apprenti au-delà du montant minimal, la cotisation reste également assise sur cette assiette abattue. Ces règles pénalisent les apprentis pour leurs droits à retraite. En effet, comme pour les autres assurés, le nombre de trimestres d'assurance vieillesse validés au titre d'une année civile est établi sur la seule base du montant de la rémunération soumise à cotisations : sont actuellement validés autant de trimestres que le salaire annuel représente de fois 200 heures de travail rémunérées au SMIC, le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraite

[17] Selon l'ACOSS, ou 420 000 selon l'INSEE, en incluant les effectifs de la fonction publique.

prévoyant d'abaisser ce seuil à 150 heures. Pour valider 4 trimestres par an, l'assiette de cotisations doit donc aujourd'hui être supérieure à 44 % du SMIC.

Ainsi, compte tenu des règles actuellement en vigueur, les apprentis ne peuvent valider une année entière qu'à la troisième année de leur apprentissage s'ils ont plus de 18 ans et la deuxième et la troisième année de leur apprentissage s'ils ont plus de 21 ans. Un apprenti qui commence son apprentissage à 16 ans valider seulement 7 trimestres sur trois ans. Le tableau suivant indique pour chacune des situations le nombre de trimestres de retraite validés pour une année complète passée en apprentissage (sur le fondement des règles en vigueur en septembre 2013).

Tableau 1 : Rémunération légale minimale des apprentis en % du SMIC

	Avant 18 ans	De 18 à 20 ans	21 ans et plus
1ère année	25%	41%	53%
2ème année	37%	49%	61%
3ème année	53%	65%	78%

Tableau 2 : Assiette des cotisations en % du SMIC

	Avant 18 ans	De 18 à 20 ans	21 ans et plus
1ère année	14%	30%	42%
2ème année	26%	38%	50%
3ème année	42%	54%	67%

Tableau 3 : Nombre de trimestre actuellement validés

Nombre de trimestres validés sur un an	Avant 18 ans	De 18 à 20 ans	21 ans et plus
1ère année	1	2	3
2ème année	2	3	4
3ème année	3	4	4

En supprimant l'abattement de 11 points de SMIC pour la détermination de l'assiette des cotisations vieillesse-veuvage de base, le projet de loi retraite élargit l'assiette des cotisations correspondantes : c'est en effet la rémunération réelle qui sera prise comme référence pour l'application du taux de la cotisation vieillesse-veuvage de base.

Cette mesure du projet de loi sur les retraites, conjuguée à un dispositif de rachat des trimestres manquants, à la charge du FSV, instauré dans le même temps pour les apprentis, et à celle proposée par ce même projet de loi sur l'assiette minimale nécessaire pour valider un trimestre d'assurance vieillesse (passage de 200 h à 150 h de SMIC), permettra aux apprentis de valider des droits à retraite proportionnés à leur durée de travail.

Ce dispositif a été envisagé à coût constant pour les employeurs et l'Etat, ce qui nécessite une mesure en LFSS pour 2014, concernant la compensation. Suite à la suppression de l'abattement de 11 points pour l'assiette des cotisations vieillesse-veuvage de base :

- l'exonération de cotisations sociales portera sur l'ensemble de la cotisation vieillesse veuvage : la majoration de l'assiette de cette cotisation ne conduira donc pas à majorer le coût pour l'employeur ;

- la compensation due par l'Etat au titre de l'emploi des apprentis, qui s'élevait à 1 026 millions d'euros selon l'annexe V au PLFSS pour 2013, restera calculée sur les mêmes bases qu'aujourd'hui, à savoir l'assiette abattue de 11 points de SMIC, comme le prévoit le présent article ; l'extension de l'assiette de cotisation sur laquelle porte l'exonération représentera pour la sécurité sociale un montant d'exonération non compensée de 140 M€. Le coût pour l'Etat ne sera pas majoré.

❖ **S'agissant des jeunes effectuant un service civique**

L'engagement de service civique ouvre droit à une protection sociale complète directement prise en charge par l'Etat. Les volontaires bénéficient de la couverture des risques maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse et famille.

La prise en charge financière de la couverture sociale des volontaires se décompose comme suit :

- Cotisations forfaitaires à la charge exclusive de l'Agence du service civique (ASC) pour les risques maladie, maternité, invalidité, décès, égales à 2,24% du plafond mensuel de la sécurité sociale et cotisation ATMP égale à 0,05% du salaire minimum des rentes ;
- Exonération totale des cotisations d'allocations familiales et de toutes les autres cotisations et contributions d'origine légales ou conventionnelles rendues obligatoires par la loi, sauf les cotisations salariales et patronales vieillesse et la CSG-CRDS qui restent dues dans les conditions de droit commun (N.B : le budget de l'ASC prend en charge à la fois les cotisations salariales et patronales vieillesse) ;
- L'exonération de cotisations d'allocations familiales donne lieu au versement de compensation par l'Etat auprès de l'ACOSS en application de l'article L. 131-7 du CSS ;
- En outre, pour la couverture du risque vieillesse, l'Etat assure le versement à l'ACOSS de cotisations complémentaires forfaitaires afin de valider auprès du régime général un nombre de trimestres correspondant à la durée du service civique.

Tableau 4 : Coût mensuel des engagés et volontaires du service civique

(1) ASSIETTE DES COTISATIONS = SALAIRE NET + CSG-CRDS		**507,20 €**
(2) NET DISPONIBLE VOLONTAIRE - INCLUANT UN AVANTAGE EN NATURE RESTAURATION DE 106,31 € EXCLU DE L'ASSIETTE DES COTISATIONS		**573,29 €**
Cotisations et CSG-CRDS	**(3) maladie, sur une assiette forfaitaire** : 2,24% du PASS mensuel (3086 € en 2013) *Réf. : art. L.120-26 CSN et D.372-3 CSS*	69,13 €
	(4) vieillesse, sur la rémunération brute : 16,85% x 507,20 *Réf. : art. Art. L. 120-28 CSN*	85,46 €
	(5) ATMP sur une assiette forfaitaire : 0,05% du salaire des rentes (0,05% x 18 154 €) *Réf. : art. D. 412-98-2 CSS*	9,08 €
	(6) CSG-CRDS sur la rémunération brute (8% avec l'abattement "frais pro.") *Réf. : art. Art. L. 120-26 CSN*	39,91 €
Compensation	**(7) vieillesse** (= cotisisation sur 50% du PASS mensuel, minorée de la cotisation vieillesse déjà acquittée) *Réf. : art. Art. L. 120-28 CSN + II de l'art. D. 372-4 CSS*	174,53 €
	(8) allocations familiales, sur la rémunération brute	27,39 €
COÛT TOTAL = (1) + (3) + (4) + (5) + (7) + (8)		**979,10 €**

Source : DSS-SD5B.

Ces règles de taux et d'assiettes dérogatoires sont complexes à mettre en œuvre. Leur articulation avec le dispositif de validation des trimestres de retraite issu du projet de loi « retraites » fait par ailleurs apparaître la nécessité d'une évolution, en raison de la diminution de l'assiette minimale nécessaire à la validation d'un trimestre d'assurance retraite, qui devrait passer de 200 à 150 fois le montant du SMIC horaire.

En effet, lors de la mise en place du service civique, le haut niveau de la compensation due par l'Etat à la sécurité sociale, au titre de la validation des trimestres de retraites, se justifiait par le fait que les jeunes en service civique percevaient une rémunération inférieure à l'assiette minimale de 200 fois le montant horaire du SMIC sur un trimestre (1 886 € en 2013). Cette rémunération constituait une assiette trop réduite pour acquérir un trimestre de retraite et aurait donc été insuffisante pour valider un nombre de trimestres proportionné à la durée du service.

Le passage à une assiette minimale de 150 fois le montant horaire du SMIC, soit 1414,50 €, pour la validation d'un trimestre de retraite, tel que prévu par le projet de loi retraite, permettra désormais au contraire une acquisition de trimestres proportionnée à la durée de l'activité : l'assiette minimale de cotisation nécessaire pour valider un trimestre, dorénavant de 1 414,50 €, sera en effet inférieure aux 1521,60 € de rémunération brute trimestrielle.

Dès lors, en vue de simplifier le statut social des volontaires en service civique, en concertation avec l'agence en charge de la promotion et de la gestion de ce dispositif, il est proposé que les cotisations finançant la couverture de l'ensemble des risques soient simplifiées et rapprochées du droit commun.

La mesure proposée permet :

- de simplifier le mode de financement et donc le pilotage budgétaire du service civique ; dans ce nouveau modèle, l'intégralité du coût du service civique serait prise en charge par le budget de l'ASC. Le service civique ne donnerait plus lieu au versement de compensations ou cotisations complémentaires par la DJEPVA auprès de l'ACOSS ;
- de diminuer le coût moyen des volontaires en service civique pour l'Etat sans dégrader le niveau de protection sociale des volontaires.

❖ **S'agissant des personnes travaillant en ateliers et chantiers d'insertion**

Le cadre de développement des structures d'insertion par l'activité économique (SIAE) a pour principaux fondements législatifs d'une part, la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions qui a offert un cadre légal aux structures dédiées à l'insertion par l'activité économique nées d'initiatives locales, et d'autre part, la loi n° 2005-32 du n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale qui a permis le financement par l'Etat d'un accroissement important de l'offre d'insertion.

Par ailleurs, la loi n°2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion comprend un certain nombre de dispositions destinées à améliorer la performance des structures d'insertion par l'activité économique (SIAE) en renforçant les parcours d'insertion, notamment par la possibilité pour les salariés en insertion de réaliser des périodes d'immersion chez des employeurs de droit commun.

Maillon essentiel de la politique de retour à l'emploi, l'IAE permet, dans le cadre de structures spécifiques, de répondre aux besoins des personnes sans emploi cumulant des difficultés sociales et professionnelles particulières en les inscrivant dans un parcours d'insertion pour, à terme, accéder à un emploi durable au sein d'une entreprise de droit commun. L'IAE constitue l'un des instruments de la politique de l'emploi.

Les bénéficiaires sont agréés par Pôle emploi pour une durée maximale initiale de 24 mois (à l'exception des salariés mis à disposition chez des particuliers ou auprès d'entreprise pour des durées de moins de 16h par les associations intermédiaires).

Le secteur de l'insertion par l'activité économique compte environ 4 000 structures (SIAE), 159 000 personnes ont été embauchées ou renouvelées dans une SIAE et près de 116 000 salariés ont

travaillé dans une structure de l'IAE en moyenne chaque mois en 2010 (données DARES Analyses novembre 2012).

Ces personnes sont orientées vers des structures spécialisées en insertion sociale et professionnelle qui peuvent signer des conventions avec l'Etat leur permettant d'accueillir et d'accompagner ces travailleurs en contrepartie d'une aide financière de l'Etat cumulée, selon la structure, avec un dispositif d'exonération de cotisations sociales patronales.

Ces structures d'insertion par l'activité économique (SIAE) pouvant conclure des conventions avec l'Etat (le préfet de département) sont :

- les entreprises d'insertion (EI) qui bénéficient de la réduction générale de cotisations sociales sur les bas salaires (exonération totale des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales pour les rémunérations inférieures ou égales à 1 Smic, dégressive puis nulle pour les rémunérations égales ou supérieures à 1,6 Smic) ;
- les entreprises de travail temporaire d'insertion (ETTI) qui bénéficient également de la réduction générale de cotisations sociales sur les bas salaires ;
- les associations intermédiaires (AI) qui bénéficient d'une exonération totale des cotisations sociales et d'allocations familiales dans la limite de 750 heures Smic par an et par salarié ainsi que d'un taux accidents du travail-maladies professionnelles forfaitaires forfaitaire fixé à 3,70% dans la limite de 750h par an et par salarié (au-delà, le taux est fixé par la caisse régionale d'assurance maladie) ;
- les ateliers et chantiers d'insertion (ACI).

Parmi ces structures, les ACI qui sont organisés de manière ponctuelle ou permanente, peuvent être portés par un organisme de droit privé à but non lucratif, une commune, un établissement public de coopération intercommunale, un département, un syndicat mixte, un centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS), un établissement d'enseignement agricole de l'Etat, une chambre départementale d'agriculture ou par l'Office national des forêts (ONF). Cette liste est déterminée par décret.

Les ACI mènent prioritairement des activités dites d'utilité sociale, c'est-à-dire visant à répondre à des besoins collectifs émergents ou non satisfaits (environnement, rénovation de bâtiment ancien...), mais peuvent également exercer des activités de production de biens et de services. Les ACI peuvent commercialiser tout ou partie des biens et services produits dans le cadre de la mise au travail de leurs salariés, dès lors que :

- - ces activités de production et de commercialisation contribuent à réaliser et à développer les activités d'insertion des personnes embauchées ;
- - les recettes couvrent moins de 30 % des charges liées à ces activités, voire sur dérogation 50 % (après avis du conseil départemental de l'insertion par l'activité économique-CDIAE et sur décision du Préfet).

Les personnes embauchées dans le cadre des ACI sont des salariés à part entière recrutées dans le cadre d'un contrat de travail. Les salariés en insertion perçoivent une rémunération au moins égale au SMIC.

Les ACI, employeurs relevant du secteur d'activité non marchand, recourent au contrat unique d'insertion – contrat d'accompagnement de l'emploi (CUI-CAE) pour l'emploi des personnes en difficulté. Ce type de contrat aidé ouvre droit à un régime social très favorable pour l'employeur puisque les cotisations patronales de sécurité sociale et d'allocations familiales sont totalement exonérées sur la partie de la rémunération égale à une fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic). Cette exonération n'est pas compensée. Le taux de cotisations accidents du travail et maladie professionnelles est fixé forfaitairement à 1,5%. Ils bénéficient également d'une exonération de la taxe sur les salaires, de la taxe d'apprentissage et de la participation de l'employeur à l'effort de construction sur la totalité des salaires (article L. 5134-31 du code du travail). Les ACI bénéficient également d'une aide à l'insertion de l'Etat, au plus égale à 105% du Smic, dans le cadre des embauches réalisées en contrats aidés (CUI-CAE).

En 2012, on compte plus de 91 432 contrats CUI-CAE (renouvellements compris) prescrits pour les ateliers et chantiers d'insertion, ce qui représente une augmentation de 3,75 % du nombre de contrats par rapport à 2011.

*

Le Premier ministre a annoncé le 31 juillet 2013 une réforme du financement de l'Insertion par l'activité économique (IAE) dans un objectif de simplification des modes de financement, de consolidation des structures de l'IAE et de meilleure efficacité en direction des publics en insertion.

Cette réforme se traduit par la généralisation en 2014 d'une seule modalité de financement : l'aide au poste. Les salariés en insertion actuellement embauchés par les ateliers et chantiers d'insertion (ACI) sont recrutés en contrats uniques d'insertion (CUI-CAE). Ces embauches en CUI-CAE donnent droit à l'exonération des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, pendant la durée du contrat.

Dans le cadre de la réforme du financement de l'IAE en 2014, les embauches financées par aide au poste seront réalisées sous la forme de contrats à durée déterminée d'insertion courant 2014. Les ACI ne pourront alors plus recruter en CUI-CAE.

Afin de ne pas augmenter le coût du travail pour ces structures, le présent article maintient dès lors le dispositif d'exonérations sous la même forme que celle dont les ACI bénéficient actuellement, à savoir une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale et d'allocations familiales sur la partie de la rémunération n'excédant pas une fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance.

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

❖ Mesure proposée concernant les apprentis :

Afin d'assurer une neutralité globale de la réforme visant à faire valider aux apprentis un nombre de trimestres de retraite proportionné à leur durée d'apprentissage, il est proposé de mettre en place une exonération non compensée circonscrite aux cotisations vieillesse et veuvage de base dues sur l'assiette comprise entre l'assiette forfaitaire donnant lieu à compensation (rémunération minimale légale abattue de 11 points de SMIC) et la rémunération réellement versée à l'apprenti.

❖ Mesure proposée pour les volontaires du service civique :

Il est proposé de simplifier l'assiette et le taux des prélèvements sociaux applicables aux volontaires, tout en maintenant à un niveau inchangé le net disponible du volontaire.

Cette normalisation résulte de plusieurs adaptations complémentaires :

- **Clarification de l'assiette de cotisation :**

En premier lieu, il s'agit de clarifier l'assiette des cotisations donnant lieu à cotisation, en précisant que celle-ci inclut l'indemnité de 106,31 € qui constitue, selon ses modalités de versement, soit un avantage en nature, soit un avantage en espèces. Un tel avantage doit en effet être inclus dans l'assiette des cotisations sociales en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Les cotisations sociales et la CSG-CRDS seront donc désormais calculées sur une base incluant :

- le montant de l'indemnité brute versée au volontaire (actuellement 507,20 €, ce qui correspond à la rémunération afférente à l'indice brut 244 de la fonction publique) ;
- le montant de l'indemnité dite « de subsistance » de 106,31 €.

Cette assiette sera désormais très proche de la rémunération brute des salariés. Elle continuera cependant d'en différer en partie : alors que les 7,5 points de cotisations salariales vieillesse et maladie sont normalement inclus dans l'assiette brute des cotisations, l'Agence du service civique les prendra à sa charge.

- **Suppression des assiettes forfaitaires et des taux dérogatoires en maladie et ATMP :**

L'assiette et le taux de ces cotisations seront fixés dans les conditions de droit commun. S'agissant du taux de la cotisation ATMP, le taux moyen de 2,43 % sera toutefois retenu, par souci de simplification. Il paraît en effet difficile de faire précompter à l'Agence du service civique un taux potentiellement différent pour chaque stagiaire ; en outre, la sinistralité peut ne pas être connue dans le cas des

structures d'accueil n'ayant pas de salarié et ne remplissant pas de DADS (cas des associations, par exemple).

- **Suppression de l'exonération de la cotisation d'allocations familiales :**

Cette exonération sera supprimée, ce qui entraînera la fin de la compensation due par l'Etat au titre ce celle-ci.

- **Au final, le coût mensuel d'un volontaire sera abaissé dans un cadre conforme au droit commun et garantissant les droits sociaux des volontaires**

La réforme proposée permet à l'Etat de réaliser une économie mensuelle de 180 € par stagiaire ce qui correspond à un montant global de 25 M€ compte tenu du nombre de mois-jeune évalué à 139 175 en 2014.

Tableau 5 : Coût mensuel après réforme

(1) ASSIETTE DES COTISATIONS = SALAIRE NET + CSG-CRDS		**507,20 €**
(2) INDEMNITE DE SUBSISTANCE		**106,31 €**
(3) NET DISPONIBLE VOLONTAIRE - INCLUANT UN AVANTAGE EN NATURE RESTAURATION DE 106,31 € EXCLU DE L'ASSIETTE		**573,64 €**
(4) ASSIETTE DES COTISATIONS = uniquement (1)		**507,20 €**
Prélèvements sociaux	**Part patronale**	**Part salariale**
Cotis. maladie (12,8% + 0,75%)	68,73 €	*Prise en charge*
Cotis. Vieillesse (8,40% + 6,75%)	76,84 €	*Prise en charge*
Cotis. AF (5,40%)	27,39 €	-
Cotis. ATMP (2,44%)	12,38 €	-
(5) CSG-CRDS (8% x 98,25%)		39,87 €
(6) Total prélèvements sociaux	**185,33 €**	**39,87 €**
COÛT TOTAL = (1) + (2) - (5) + (6)		**798,84 €**

Pour la sécurité sociale, la réforme proposée conduira à supprimer la compensation due au titre de l'exonération de la cotisation d'allocations familiales et du mécanisme de validation des droits à l'assurance vieillesse. Ce montant est évalué à 25 M€ pour 2014. La normalisation de l'assiette des cotisations sera toutefois associée à une recette de 9 M€, du fait de l'élargissement de l'assiette des cotisations et de l'augmentation du taux de la cotisation ATMP qui sera prélevée au taux forfaitaire moyen de 2,44%. Au total, l'effet pour la sécurité sociale est estimée à -14 M€.

- Mesure proposée pour les ateliers et chantiers d'insertion

Il est proposé la création d'une exonération totale des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales pour les embauches de salariés en CDD d'insertion dans les ateliers et chantiers d'insertion, sur la part des rémunérations inférieures ou égales à une fois le SMIC.

L'exonération pour les CUI-CAE dont la mesure s'inspire est non-compensée. La mise en place dans le cadre des CDD d'insertion en ACI s'accompagnerait donc d'une mesure de non-compensation pour assurer l'équilibre global du financement de la réforme de l'IAE.

Sur la base de 32 974 ETP correspondant à la conversion en aides au poste de 92.327 CAE dans les ACI, le coût de l'exonération représente 163M€ (montant 2012).

Autres options possibles :

S'agissant du dispositif global applicable aux apprentis, il aurait pu être envisagé de supprimer l'abattement de 11 points sur l'ensemble des cotisations patronales et salariales de sécurité sociale, ce qui aurait été intégralement neutre pour les employeurs et l'État, et aurait conduit à appliquer la même règle aux cotisations relatives aux différents risques. Compte tenu des règles de compensation, cela aurait conduit à retenir un montant de non compensation plus important en LFSS, estimé à 290 M€ au lieu de 140 M€.

En ce qui concerne les volontaires du service civique, une option possible aurait pu consister à maintenir le dispositif actuel. Cette option aurait cependant été contraire à l'objectif de normalisation du dispositif.

Concernant les personnes travaillant dans des chantiers d'insertion, il aurait pu être envisagé d'intégrer le montant de l'exonération sociale (18,3 M€ en année pleine) dans le montant de l'aide au poste. La première option permet d'assurer une continuité du régime social spécifique appliqué aux ACI et paraît, à ce niveau, préférable.

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

S'agissant du dispositif applicable aux apprentis, la suppression de l'abattement de 11 points sur le risque vieillesse et veuvage de base est financée par la sécurité sociale. La création de cette exonération non compensée sur une partie de l'assiette de cotisation, qui déroge à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, a un impact sur les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

S'agissant des volontaires du service civique, les mesures de normalisation de l'assiette et de suppression de l'exonération ont également leur place en LFSS.

S'agissant des ateliers et chantiers d'insertion, la création d'une nouvelle exonération de cotisations d'assurance sociales non compensée a un impact sur les recettes des régimes obligatoires de base concernés (CNAV, CNAM, CNAF).

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

L'article L. 6243-3 du code du travail sera modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Départements d'outre-mer (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 Sans objet Sans objet

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 +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P*	2015	2016	2017
Volontaires du service civique	0	-25	-25	-25	-25

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

L'exonération non compensée mise en place pour accompagner la suppression de l'abattement de 11 points sur l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse et veuvage de base n'a pas d'impact à court terme sur les comptes de la CNAV car le montant global des cotisations qu'elle reçoit au titre des apprentis sera le même qu'aujourd'hui.

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

a) impacts économiques

Non

b) impacts sociaux

Non

c) impacts sur l'environnement

Non

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

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

Le dispositif mis en place vise à développer le recours à l'apprentissage et à garantir les droits à retraite des apprentis, dans un souci d'amélioration de leur protection sociale. En effet, l'impact sur les droits à retraite des apprentis sera immédiat : avec la suppression de l'abattement de 11 points sur le risque vieillesse, le passage à la règle des 150 heures/smic et l'introduction d'un système de validation complémentaire, tous les apprentis pourront valider un nombre de trimestres équivalent à leur durée d'apprentissage.

Par ailleurs, la réforme proposée est ajustée de façon à ne pas renchérir le coût du travail pour les employeurs et à maintenir ainsi l'attractivité du recrutement des apprentis.

S'agissant des volontaires du service civique, le dispositif garantit les droits sociaux des volontaires.

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

Pour le dispositif relatif aux apprentis, augmentation du nombre de trimestres validés.

Pour le dispositif relatif aux volontaires du service civique : simplification de l'application des règles.

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

Non

d) impact budgétaire

Non

e) impact sur l'emploi

La validation de droit sociaux sans baisse du net versé ne peut que renforcer l'attractivité de l'apprentissage auprès des jeunes.

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 de mise en place d'une exonération non compensée est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Aucun

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'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. 6243-3 *actuel* du code du travail	**Article L. 6243-3 *modifié* du code du travail**
La prise en charge par l'Etat mentionnée à l'article L. 6243-2 s'effectue dans les conditions suivantes : 1°) La prise en compte des droits validables à l'assurance vieillesse ouverts pendant la période d'apprentissage s'opère sur une base forfaitaire suivant des modalités déterminées ou approuvées par décret tant en ce qui concerne les régimes de base que les régimes complémentaires ; 2°) La prise en compte des cotisations dues au titre des articles L. 3253-14, L. 5423-3 et L. 5424-15 s'opère sur une base forfaitaire globale ; 3°) La prise en charge par l'Etat du versement pour les transports prévu par les articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales et dû au titre des salaires versés aux apprentis par les employeurs mentionnés à l'article L. 6243-2 s'opère sur la base d'un taux forfaitaire déterminé par décret.	L'Etat prend en charge les cotisations et contributions sociales des apprentis qui font l'objet d'exonérations dans les conditions suivantes : 1° Sur une base forfaitaire globale pour les cotisations dues au titre des articles L. 3253-14, L. 5423-3 et L. 5424-15 ; 2° Sur la base d'un taux forfaitaire déterminé par décret, pour le versement pour les transports prévu par les articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ; 3° Sur une base forfaitaire suivant des modalités déterminées par décret pour les autres cotisations et contributions.
Article L. 120-26 *actuel* du code du service national	**Article L. 120-26 *modifié* du code du service national**
Lorsque le service est accompli en France, la couverture des risques maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail et maladies professionnelles est assurée par le versement, par la personne morale agréée ou l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique, de cotisations forfaitaires dont les modalités sont fixées par décret. Les autres cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi, à l'exception des contributions définies aux articles L. 136-2 du code de la sécurité sociale et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, ne sont pas dues au titre des indemnités et prestations prévues à la section 4 du présent chapitre.	~~Lorsque le service est accompli en France, la couverture des risques maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail et maladies professionnelles est assurée par le versement, par la personne morale agréée ou l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique, de cotisations forfaitaires dont les modalités sont fixées par décret.~~ ~~Les autres cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi, à l'exception des contributions définies aux articles L. 136-2 du code de la sécurité sociale et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, ne sont pas dues au titre des indemnités et prestations prévues à la section 4 du présent chapitre.~~ Lorsque le service est accompli en France, l'assiette des cotisations au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des allocations familiales, ainsi que des contributions définies aux articles L. 136-2 du code de la sécurité sociale et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, est constituée des indemnités prévues à la section 4

La personne morale agréée en vertu de l'article L. 120-30 du présent code assure à la personne volontaire affectée dans un département d'outre-mer le bénéfice d'une couverture complémentaire pour les risques mentionnés au premier alinéa du présent article, notamment en cas d'hospitalisation ainsi que pour les risques d'évacuation sanitaire, de rapatriement sanitaire et de rapatriement de corps. Le ministre chargé de l'outre-mer fixe par arrêté les modalités de cette couverture.	du présent chapitre. Les taux de ces cotisations et contributions sont fixés selon les modalités prévues aux articles L. 136-8, L. 241-2, L. 241-3, L. 241-6, ainsi qu'à l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Pour la cotisation d'accident du travail et de maladie professionnelle, un taux forfaitaire est fixé par arrêté. Leur versement, y compris celui des cotisations et contributions à la charge de la personne volontaire, est assuré par la personne morale agréée en vertu de l'article L. 120-30 du présent code ou par l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique. Les cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle autres que celles mentionnées au premier alinéa ne sont pas dues. La personne morale agréée en vertu de l'article L. 120-30 du présent code assure à la personne volontaire affectée dans un département d'outre-mer le bénéfice d'une couverture complémentaire pour les risques mentionnés au premier alinéa du présent article, notamment en cas d'hospitalisation ainsi que pour les risques d'évacuation sanitaire, de rapatriement sanitaire et de rapatriement de corps. Le ministre chargé de l'outre-mer fixe par arrêté les modalités de cette couverture.
Article L. 120-28 *actuel* du code du service national	**Article L. 120-28 *modifié* du code du service national modifié**
La couverture du risque vieillesse est assurée dans les conditions prévues à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale. Les personnes volontaires ne sont pas soumises, au titre de leur contrat de service civique, à l'obligation d'affiliation mentionnée à l'article L. 921-1 du même code. Les cotisations à la charge de la personne morale agréée et de la personne volontaire sont dues par la personne morale agréée en vertu de l'article L. 120-30 du présent code ou par l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique. Ce versement ne peut être inférieur à un montant fixé par décret. L'Etat prend à sa charge, dans des conditions fixées par décret, le versement des cotisations complémentaires nécessaires pour valider auprès du régime général un nombre de trimestres correspondant à la durée du service civique.	La couverture du risque vieillesse est assurée dans les conditions prévues à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale. Les personnes volontaires ne sont pas soumises, au titre de leur contrat de service civique, à l'obligation d'affiliation mentionnée à l'article L. 921-1 du même code. ~~Les cotisations à la charge de la personne morale agréée et de la personne volontaire sont dues par la personne morale agréée en vertu de l'article L. 120-30 du présent code ou par l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique. Ce versement ne peut être inférieur à un montant fixé par décret.~~ ~~L'Etat prend à sa charge, dans des conditions fixées par décret, le versement des cotisations complémentaires nécessaires pour valider auprès du régime général un nombre de trimestres correspondant à la durée du service civique.~~
	Article non codifié
	Les embauches réalisées en contrat à durée

	déterminée en application de l'article L. 5132-15-1 du code du travail et ouvrant droit au versement de l'aide mentionnée à l'article L. 5132-2 du même code, donnent lieu, sur la part de la rémunération inférieure ou égale au salaire minimum de croissance, pendant la durée d'attribution de cette aide, à une exonération : 1° des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales ; 2° de la taxe sur les salaires ; 3° de la taxe d'apprentissage ; 4° des participations dues par les employeurs au titre de l'effort de construction. B. L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à l'exonération mentionnée au A du présent IV.

ARTICLE 22
GENERALISATION DE LA REGULARISATION ANTICIPEE DES COTISATIONS DES TI
ALIGNEMENT DES MODALITES DE CALCUL ET DE RECOUVREMENT DES COTISATIONS MALADIE-MATERNITE DES PAMC

I. Présentation de la mesure

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

❖ **Contexte**

La simplification des règles applicables au calcul et à la collecte des cotisations sociales des travailleurs indépendants représente un volet important de la démarche de simplification du droit et des démarches des entreprises, qui constitue un des piliers du pacte de compétitivité.

Des mesures de simplification ont été déjà apportées ces dernières années, parallèlement aux efforts entrepris pour résorber les difficultés rencontrées par les assurés du régime social des indépendants (RSI) dans le fonctionnement de l'interlocuteur social unique (ISU) des artisans et commerçants.

La poursuite de la simplification et de l'harmonisation des règles d'assujettissement social des travailleurs indépendants non agricoles s'avère nécessaire dans la mesure où il existe encore des complexités et des différences non justifiées qui rendent moins lisible le prélèvement et sont contraires à l'équité entre cotisants, tout en offrant des voies d'optimisation au détriment des finances sociales.

❖ **Généralisation de la régularisation anticipée des cotisations des travailleurs indépendants non agricoles**

L'assiette des cotisations sociales des travailleurs indépendants est déterminée par les bénéfices de leur activité, constituant un solde de gestion qui ne peut être apprécié que de façon annuelle, à la clôture de l'exercice comptable.

De ce fait, le calcul et la collecte des cotisations et contributions sociales reposent sur un système de cotisations provisionnelles et de régularisation :

- les cotisations et contributions sociales de l'année N sont calculées à titre provisionnel sur la base des revenus de l'avant-dernière année (N-2), et versées de janvier à octobre N ;
- elles sont ensuite régularisées sur la base du revenu définitif, dont la date limite de déclaration est fixée fin mai de l'année N+1. Cette régularisation traite la différence entre les cotisations définitives et les cotisations provisionnelles déjà versées en année N. Elle intervient en novembre et décembre N+1.

Période de recouvrement	Cotisations payées	Base de calcul
Janvier-octobre 2013 (10 mensualités / 3 trimestres)	Cotisations provisionnelles 2013	Revenus 2011 (déclarés en 2012)
Novembre-décembre 2013	Régularisation des cotisations 2012	Revenus 2012 Comparaison entre les cotisations définitives sur revenus 2012 et les cotisations provisionnelles qui ont été payées au cours des 10 premiers mois ou 3 premiers trimestres 2012
Janvier-octobre 2014 (10 mensualités / 3 trimestres)	Cotisations provisionnelles 2014	Revenus 2012 (déclarés en 2013)
Novembre-décembre 2014	Régularisation des cotisations 2013	Revenus 2013 Comparaison entre les cotisations définitives sur revenus 2013 et les cotisations provisionnelles qui ont été payées au cours des 10 premiers mois ou 3 premiers trimestres 2013

De ce fait, il existe un important décalage dans le temps entre le moment où un revenu est perçu et le moment où les cotisations sont ajustées à ce revenu. Les cotisations provisionnelles sont établies sur un revenu antérieur de deux ans à l'année au cours de laquelle elles sont payées ; les cotisations définitives sont payées plus de dix mois après la fin de l'année de perception des revenus.

Cette situation est préjudiciable aux assurés et aux caisses de sécurité sociale du fait des fortes variations que les revenus des indépendants peuvent connaître.

Dans le cas où un travailleur indépendant a vu ses revenus baisser de 20% entre 2011 et 2013, il paie en 2013 des cotisations provisionnelles sur une base 2011 supérieure de 25% ses revenus 2013, et ne se voit restituer le trop-perçu qu'en novembre-décembre 2014.

Si, au contraire, ses revenus ont fortement augmenté, au moment de la régularisation, il doit verser les cotisations supplémentaires résultant de cette hausse de cotisations en seulement deux mois, ce qui peut entraîner des difficultés de paiement.

Ces régularisations importantes de fin d'année donnent souvent lieu à des réclamations importantes de la part des cotisants.

Afin d'atténuer ces effets, un dispositif d'ajustement des cotisations provisionnelles et de régularisation anticipée a été instauré par la LFSS pour 2012. Ce dispositif permet de demander que les cotisations provisionnelles soient calculées sur le revenu définitif N-1 dès sa déclaration ou le revenu estimé de l'année N en cours : cela permet donc un réajustement du montant des cotisations provisionnelles pour les caler sur le revenu le plus récent, supposé plus proche de la situation économique du travailleur indépendant au moment où il paie ses cotisations. Cela limite les difficultés de trésorerie pour le travailleur indépendant et limite l'importance des régularisations, quel que soit leur sens.

Ce dispositif offre également la faculté de demander en année N+1 le paiement, immédiat ou échelonné, ou le remboursement immédiat du montant de la régularisation sans attendre la date normale de déclaration. Toutefois, ce dispositif reste optionnel et limité aux déclarations de revenus effectuées par voie électronique. Il reste donc un outil mal connu des cotisants.

- **Alignement des modalités de calcul et de recouvrement des cotisations maladie-maternité dues par les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC)**

Les PAMC bénéficient d'un régime maladie (prestations en nature) et maternité distinct du régime maladie-maternité du régime social des indépendants (RSI) auquel sont affiliés les autres travailleurs indépendants non agricoles.

Le taux de la cotisation maladie-maternité du régime des PAMC est de 9,81 %. Pour les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires, cette cotisation fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie à hauteur de 9,7 points.

Cette cotisation est soumise à des règles de calendrier et de calcul distinctes, qui sont source de complexité pour ces professionnels.

Ainsi, elle est calculée actuellement sur une période allant du 1er mai au 30 avril. Un décret devrait prochainement l'aligner sur le calendrier de droit commun, à savoir l'année civile.

Elle est en outre calculée et collectée à titre définitif sur la base des revenus N-2, alors que celle des travailleurs indépendants relevant du RSI est calculée d'abord à titre provisionnel sur la base du revenu N-2 (ou, à leur demande, sur la base des derniers revenus connus (revenus N-1) ou des revenus estimés pour l'année N), puis est régularisée en N+1 sur la base des revenus définitifs de l'année N.

Période de recouvrement	Cotisations payées	Base de calcul
Cotisation due pour la période courant de mai N à avril N+1. Paiement avant le 1er juin N ou par fraction trimestrielle.	Cotisations définitives N	Revenus N-2 (déclarés en N-1)

La non application aux PAMC du dispositif des cotisations provisionnelles/régularisées est tout d'abord préjudiciable à ces derniers dès lors qu'elle ne leur permet pas, en cas de baisse d'activité,

d'ajuster leurs cotisations provisionnelles sur une assiette constituée des revenus N-1 ou des revenus estimés pour N. Ainsi, ces cotisants peuvent devoir payer des cotisations définitives sur des revenus N-2 élevés au titre d'une année N connaissant une diminution d'activité, ce qui aggrave significativement leurs difficultés financières. L'écart entre date de perception des revenus et date de paiement des cotisations est encore plus marqué que pour les autres cotisations des travailleurs indépendants.

Par ailleurs, elle est source de complexité pour les PAMC : ce dispositif s'applique à leur seule cotisation maladie-maternité, qui est calculée à titre définitif, alors que toutes les autres cotisations (famille et retraite) et contributions sociales dont ils sont redevables sont calculées en deux temps (d'abord à titre provisionnel puis à titre définitif). Ainsi, les cotisations définitives sont calculées sur la base de deux assiettes différentes (revenus de N-2 pour la maladie ; revenus de N pour les autres cotisations et contributions), ce qui induit deux déclarations de revenus, l'une à destination du régime des PAMC, l'autre à destination des régimes d'allocations familiales et de retraite (CNAF, CNAVPL, CARMF, CARCDSF et CARPIMKO).

Cette différence est aussi source de complexité en gestion pour l'Assurance maladie qui doit déterminer la prise en charge de ces cotisations de manière distincte. En effet, la prise en charge est calée sur le mode de calcul de paiement des cotisations, c'est-à-dire de façon définitive au moment de l'acquittement pour la cotisation maladie-maternité du régime des PAMC et en deux temps pour les autres cotisations faisant l'objet d'une prise en charge (cotisations d'allocations familiales et cotisations d'assurance vieillesse supplémentaire). L'impact en gestion, notamment sur les systèmes d'information de l'ACOSS et des URSSAF, est non négligeable.

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

Mesure proposée :

La mesure comporte deux volets :

- **Généralisation de la régularisation anticipée des cotisations des travailleurs indépendants non agricoles**

La mesure proposée, qui fait suite à une proposition du RSI, vise à intégrer le plus tôt possible les déclarations de revenus dans le calcul des cotisations provisionnelles comme définitives pour rapprocher autant que possible la période de paiement des cotisations de la période de perception des revenus qui les a générés.

La généralisation de la régularisation anticipée pour les cotisants présente trois aspects :

- Elle permet d'ajuster, dès la déclaration du revenu N, les cotisations provisionnelles de N+1. À compter de 2015, les cotisations provisionnelles 2015, appelées sur la base du revenu 2013, seront ensuite ajustées dès connaissance du revenu 2014. Les cotisations provisionnelles seront donc payées sur une base décalée de 1 an au lieu de 2 ans actuellement. Cela pourra limiter le décalage entre les revenus définitifs et l'assiette des cotisations provisionnelles, et donc limiter l'ampleur des régularisations, qui peuvent être source de difficultés pour le cotisant quel qu'en soit le sens.
- Elle anticipe la régularisation de la cotisation définitive de l'année précédente, qui interviendra non plus en fin d'année N+1 mais dès que le revenu de l'année N aura été déclaré. Cela permettra aux cotisants qui ont payé trop de cotisations provisionnelles de bénéficier plus tôt du remboursement du trop-versé des cotisations dues au titre de l'année N. Pour ceux qui doivent verser un complément de cotisations, cela permettra d'étaler le paiement du complément de cotisations éventuelles entre le moment où la régularisation intervient et la fin de l'année (sur sept mois au lieu de deux si les revenus sont déclarés en mai).
- Elle donne la possibilité à tous les cotisants de déclarer plus tôt dans l'année, dès qu'ils sont en mesure de le déterminer, le montant de leur revenu d'activité de l'année précédente.

Le projet concerne les cotisations et contributions sociales de l'ensemble des régimes de travailleurs indépendants non agricoles. Toutefois, son application aux régimes de la CNAVPL et de la CNBF est décalée au 1er janvier 2016 pour tenir compte des contraintes de gestion à venir en 2014 et 2015 résultant des évolutions en cours du régime de base de la CNAVPL et du régime complémentaire de la CNBF qui mobiliseront les moyens de ces caisses.

- **Application du dispositif de calcul provisionnel et de régularisation aux cotisations d'assurance maladie-maternité dues par les PAMC**

La mesure consiste à étendre le dispositif des cotisations provisionnelles et régularisées de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale, qui constitue le droit commun des travailleurs indépendants non agricoles et qui s'applique déjà aux autres cotisations et contributions sociales dues par les PAMC, à la cotisation maladie-maternité des PAMC.

Cette mesure est complémentaire de celle de niveau réglementaire qui consiste à recaler le calendrier de recouvrement des cotisations et contributions sociales, actuellement compris entre le 1er mai et le 30 avril, sur l'année civile, à l'instar des autres régimes des travailleurs indépendants non agricoles.

Autres options possibles :

Une autre option aurait consisté à attendre la déclaration des revenus dans le courant du 1er semestre N-1 pour appeler les cotisations provisionnelles de l'année N (donc sans appel initial des cotisations sur la base du revenu de l'année N-2 puis ajustement sur le revenu N-1), à l'instar de la régularisation des cotisations définitives (solde à payer ou trop-versé à rembourser). Toutefois, en fonction de la date de déclaration effective, ces cotisations provisionnelles pourraient alors être appelées sur une période courte (2e semestre) et ainsi peser trop lourdement sur la trésorerie des travailleurs indépendants. L'appel initial des cotisations provisionnelles sur la base du revenu N-2 a donc été conservé.

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

Le projet modifie les articles relatifs aux modalités de recouvrement des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants non agricoles. Elle relève ainsi du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 dans plusieurs articles du code de la sécurité sociale (en particulier : art. L. 136-2 et L. 722-4).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure implique de toiletter certaines dispositions (art. L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale).

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

La mesure n'a pas d'impact financier significatif, sinon en trésorerie et à la marge en coûts de gestion liés notamment à la modification des systèmes d'information.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
Régularisation anticipée : RSI, ACOSS		0	0	0	0
Cotisation maladie-maternité des PAMC : régime général d'assurance maladie, ACOSS		0	0	0	0

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

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

a) impacts économiques

La mesure emporte un impact économique en trésorerie mais pas sur le montant des cotisations définitives qui reste le même *in fine*.

Compte tenu de l'étalement du paiement de la part régularisée des cotisations et contributions sociales définitives, la mesure offrira une plus grande souplesse en trésorerie aux travailleurs indépendants, en particulier pour ceux qui ont une trésorerie faible. Ainsi, les cotisations provisionnelles étant ajustées sur N-1 au cours du 1er semestre de l'année - en fonction de la date de déclaration des revenus -, le cotisant sera amené, l'année considérée, soit à effectuer une avance de trésorerie si les revenus de N-1 sont supérieurs aux revenus de N-2, soit à avancer moins de trésorerie dans le cas inverse. Il en ira de même l'année de la régularisation. Un deuxième impact de trésorerie infra annuel réside dans l'étalement des provisionnelles non plus sur les 10 premiers mois de l'année mais sur 12 mois et dans le lissage de régularisation sur les 8 à 6 derniers mois de l'année au lieu des deux derniers.

En ce qui concerne les PAMC, la réforme s'appliquant aux cotisations dues à compter du 1er janvier 2015, la première régularisation interviendra en 2016. Les cotisations dues au titre de 2013 et 2014 seront respectivement calculées sur les revenus 2011 et 2012 mais ne feront pas l'objet d'une régularisation sur les revenus définitifs de 2013 et 2014. Ces derniers serviront en revanche d'assiette pour les cotisations provisionnelles de 2015 (assises d'abord sur le revenu définitif de 2013 puis sur celui de 2014) et de 2016 (assises d'abord sur le revenu définitif de 2014 puis sur celui de 2015).

En rythme de croisière, la cotisation reste assise, avant comme après la mesure, sur le revenu définitif. Elle est simplement recouvrée selon un calendrier et un schéma différent et est assise sur le revenu d'une année distincte :

- Situation avant réforme :

- En N : calcul de la cotisation définitive de N sur le revenu définitif de N-2 ;
- En N+1 : calcul de la cotisation définitive de N+1 sur le revenu définitif de N-1 ;
- Etc.

- Situation après réforme :

- En N : calcul de la cotisation provisionnelle de N sur le revenu définitif de N-2 puis sur celui de N-1 et régularisation de la cotisation définitive N-1 sur le revenu définitif de N-1 ;
- En N+1 : calcul de la cotisation provisionnelle de N+1 sur le revenu définitif de N-1 puis sur celui de N et régularisation de la cotisation définitive de N sur le revenu définitif de N.
- Etc.

La mesure comporte un impact potentiel sur le montant de la cotisation maladie-maternité due au titre de la première et deuxième année d'activité. Actuellement, la cotisation due au titre des deux premières années d'activité est calculée sur l'assiette forfaitaire suivante :

- Médecins et chirurgiens-dentistes : 1/2 PASS (18 516 € en 2013) pour la cotisation due au titre de la 1ère année et 2/3 du PASS (24 688 €) pour celle due au titre de la 2ème année ;
- Sages femmes et les auxiliaires médicaux : 1/3 du PASS (12 344 € en 2013) pour la cotisation due au titre de la 1ère année et 1/2 PASS (18 516 €) pour celle due au titre de la 2ème année.

Après réforme, les cotisations de première et deuxième année d'activité des PAMC seront calculées à titre provisionnel sur la base d'une assiette égale à 19 % du PASS (7036 €) la première année et 27 % du PASS (9999 €) la deuxième année. Elles seront régularisées l'année suivante.

L'impact sera ainsi favorable en trésorerie lors du paiement des cotisations provisionnelles. Il sera également favorable en régularisation pour ceux dont le revenu définitif de première ou deuxième année est inférieur aux anciennes cotisations forfaitaires. Inversement, il sera défavorable pour ceux dont le revenu définitif de première ou deuxième année est supérieur à celui sous-jacent aux anciennes cotisations forfaitaires.

b) impacts sociaux

La mesure n'emporte pas d'impact social.

c) impacts sur l'environnement

La mesure n'emporte pas d'impact sur l'environnement.

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

La mesure n'emporte pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes, les règles étant les mêmes pour tous.

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

a) impact sur les personnes physiques

La mesure allègera la charge administrative des travailleurs indépendants non agricoles en simplifiant les règles relatives au recouvrement de leurs prélèvements sociaux.

b) impacts sur les administrations publiques ou des 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 en 2014 en vue de l'appel des cotisations provisionnelles de 2015 qui intervient au cours du mois de décembre 2014. 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 n'emporte pas d'impact sur l'emploi.

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

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

Des mesures réglementaires devront intervenir avant la fin 2014 pour, outre nettoyer les dispositions obsolètes, préciser les modalités d'application de la mesure.

2. Existence de mesures transitoires ?

Une mesure transitoire est prévue pour les régimes de la CNAVPL et de la CNBF. Pour ces régimes, l'entrée en vigueur de la mesure est reportée au 1er janvier 2016 afin de tenir compte des contraintes de gestion découlant de réformes prochaines de ces régimes (*cf. supra*).

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

La mesure entre en vigueur au 1er janvier 2015 et donc nécessite une mise en œuvre par les régimes concernés dès fin 2014.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

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

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.131-6-2 *actuel* **du code de la sécurité sociale**	**Article L.131-6-2** *modifié* **du code de la sécurité sociale**
Les cotisations sont dues annuellement.	Les cotisations sont dues annuellement.
Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire fixé par décret après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés.	Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire fixé par décret après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés. **Lorsque le revenu d'activité de la dernière année écoulée est définitivement connu, les cotisations provisionnelles, à l'exception de celles dues au titre de la première année d'activité, sont recalculées sur la base de ce revenu.**
Lorsque le revenu d'activité est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.	Lorsque le revenu d'activité **de l'année au titre de laquelle elles sont dues** est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.
Par dérogation au deuxième alinéa, sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être calculées sur la base du dernier revenu d'activité connu ou sur la base du revenu estimé de l'année en cours. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant, une majoration de retard est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les éléments en la possession du cotisant au moment de sa demande justifiaient son estimation. Le montant et les conditions d'application de cette majoration sont fixés par décret.	Par dérogation au deuxième alinéa, sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être calculées ~~sur la base du dernier revenu d'activité connu ou~~ sur la base du revenu estimé de l'année en cours. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant, une majoration de retard est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les éléments en la possession du cotisant au moment de sa demande justifiaient son estimation. Le montant et les conditions d'application de cette majoration sont fixés par décret.
Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées dans les conditions prévues à l'article L. 242-12-1.	Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées dans les conditions prévues à l'article L. 242-12-1.
Article L.133-6-2 *actuel* **du code de la sécurité sociale**	**Article L.133-6-2** *modifié* **du code de la sécurité sociale**
I.-Les travailleurs indépendants relevant du régime social des indépendants souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. Le régime social des indépendants peut déléguer par convention tout ou partie de la collecte et du traitement de ces déclarations aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, pour les travailleurs indépendants relevant du c	I.-Les travailleurs indépendants relevant du régime social des indépendants souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. Le régime social des indépendants peut déléguer par convention tout ou partie de la collecte et du traitement de ces déclarations aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, pour les travailleurs indépendants relevant du c

du 1° de l'article L. 613-1, aux organismes conventionnés mentionnés à l'article L. 611-20. Lorsque la déclaration prévue au premier alinéa du présent I est réalisée par voie dématérialisée, le travailleur indépendant peut demander simultanément que la régularisation mentionnée à l'article L. 131-6-2 soit effectuée sans délai. Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette régularisation est effectuée ainsi que le montant forfaitaire servi à titre d'intérêt au travailleur indépendant qui choisit de régler immédiatement les sommes dues. II.-Lorsque les données relèvent de l'article L. 642-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1. Lorsque les données concernent la cotisation due par les travailleurs indépendants mentionnés au c du 1° de l'article L. 613-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 611-3.	du 1° de l'article L. 613-1, aux organismes conventionnés mentionnés à l'article L. 611-20. ~~Lorsque la déclaration prévue au premier alinéa du présent I est réalisée par voie dématérialisée, le travailleur indépendant peut demander simultanément que la régularisation mentionnée à l'article L. 131-6-2 soit effectuée sans délai. Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette régularisation est effectuée ainsi que le montant forfaitaire servi à titre d'intérêt au travailleur indépendant qui choisit de régler immédiatement les sommes dues.~~ II.-Lorsque les données relèvent de l'article L. 642-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1. Lorsque les données concernent la cotisation due par les travailleurs indépendants mentionnés au c du 1° de l'article L. 613-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 611-3.
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.	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~~. **Cette cotisation est calculée en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Son taux est fixé par décret.**

ARTICLE 23

PROMOTION DE LA DECLARATION SOCIALE NOMINATIVE (DSN), DU CHEQUE EMPLOI SERVICE UNIVERSEL (CESU) DANS LES DOM ET DE LA DEMATERIALISATION

I. Présentation de la mesure

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

❖ La généralisation de la DSN à l'horizon 2016 appelle l'aménagement d'une étape intermédiaire

La déclaration sociale nominative (DSN) vise à alléger la charge administrative que représente pour les 2 millions d'employeurs l'accomplissement de plusieurs dizaines de millions de déclarations sociales par an, qui comprennent des informations parfois redondantes. Créée par la loi du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, la DSN est appelée à se substituer progressivement à la quasi-totalité des déclarations sociales.

Cette réforme, qui rénove en profondeur le mode de fonctionnement du système de déclarations sociales, constitue l'un des sept chantiers majeurs de simplification inscrits dans le Pacte national pour la croissance, la compétitivité et l'emploi.

La progressivité de la démarche est l'une des conditions de réussite du projet, comme l'a mis en évidence le rapport 'IGF-IGAS de mai 2011sur le projet de déclaration sociale nominative.

L'article 35 de la loi du 22 mars 2012 a ainsi prévu deux grandes étapes de réalisation :

- une phase de volontariat, à compter du 1er janvier 2013, permet aux employeurs d'effectuer la DSN et, ce faisant, d'être dispensés de l'accomplissement des attestations de salaires pour les indemnités journalières (à l'exclusion de celles pour les accidents du travail et maladies professionnelles), des attestations employeur destinées à Pôle emploi, de la déclaration des mouvements de main-d'œuvre et de l'enquête sur les mouvements de main d'œuvre ;
- une phase de généralisation de la DSN, au 1er janvier 2016, qui rend obligatoire l'accomplissement de la DSN pour tous les employeurs et élargit à d'autres déclarations sociales le champ des déclarations substituées (déclarations mensuelles et trimestrielles de cotisations, Déclaration Annuelle des Données Sociales,..).

La première phase de la DSN est désormais opérationnelle : le service déclaratif a été ouvert en avril et les premières déclarations ont été effectuées en juin. Aujourd'hui, plus de 90 entreprises, représentant près de 300 000 salariés, ont manifesté leur intention d'adopter ce dispositif d'ici début 2014. Depuis l'ouverture du service en juin 2013, à ce jour, deux entreprises volontaires émettent mensuellement des DSN en substitution des déclarations de mouvement de main d'œuvre et d'ici fin 2013 des déclarations relatives aux arrêts maladie et maternité ainsi que des déclarations à destination de l'assurance chômage.

Les travaux de planification de la montée en charge et les échanges avec les représentants des organisations représentatives des employeurs, des éditeurs de logiciels de paye et des experts comptables font ressortir la nécessité d'aménager les étapes prévues par l'article L.133-5-3 du code de la sécurité sociale, en créant un jalon intermédiaire entre la phase de volontariat concernant un périmètre réduit de déclarations et la phase de généralisation obligatoire portant sur la quasi-totalité des déclarations sociales.

Il est nécessaire de sécuriser les conditions de généralisation de la DSN, en évitant un basculement tardif dans la DSN d'un trop grand nombre d'entreprises. Un basculement immédiat de la plupart des entreprises pourrait également être source de difficultés : les acteurs qui accompagneront les entreprises dans cette bascule (organismes gérant les déclarations, éditeurs et gestionnaires de paie) pourraient ne pas faire pouvoir face aux demandes des entreprises si elles sont trop concentrées dans le temps. L'instauration d'un palier intermédiaire permet donc d'étaler dans le temps la montée en charge du dispositif pour l'ensemble des acteurs.

La mise en place de ce palier intermédiaire permettra également d'inciter les éditeurs et gestionnaires de paie à consacrer dès à présent des ressources à ces projets, afin qu'ils soient en mesure de répondre au souhait des entreprises volontaires.

- **Une extension de la dématérialisation obligatoire des déclarations sociales favoriserait également le développement de la DSN**

La DSN repose sur un processus dématérialisé – qui n'est aujourd'hui imposé dans le cadre des déclarations actuelles que pour des employeurs situés au-delà de certains seuils.

Pour la déclaration préalable à l'embauche (DPAE) – qui a remplacé la déclaration unique d'embauche depuis le 2011 et qui a pour objet de signaler une embauche et d'accomplir différentes formalités consécutives à celle-ci –, la loi du 22 mars 2012 prévoit une obligation de dématérialisation pour les employeurs relevant du régime général de sécurité sociale ayant effectué plus de 500 DPAE au cours de l'année civile précédente.

Quant aux cotisations sociales versées par les employeurs auprès des URSSAF et des caisses de mutualité sociale agricole (MSA), elles doivent être déclarées et acquittées par voie dématérialisée lorsque l'établissement est redevable de cotisations, contributions et taxes de plus de **50 000 €** au cours de l'année civile précédente.

Il est souhaitable de poursuivre l'abaissement progressif des seuils de déclaration et de paiement dématérialisés pour les employeurs, afin de permettre aux employeurs de se préparer ainsi à la DSN avant sa généralisation obligatoire.

Le mouvement de dématérialisation doit également être encouragé auprès des travailleurs indépendants

Les démarches déclaratives et de paiement des travailleurs indépendants doivent également être facilitées et leur dématérialisation encouragée.

La population des travailleurs indépendants apparait d'ailleurs mûre pour l'adoption de telles mesures. Les données issues de l'ACOSS et figurant dans l'annexe 3 au PLFSS révèlent ainsi un mouvement spontané et important de dématérialisation des déclarations : en 2009, le taux de télétransmission des déclarations était de 24%, il est passé en 2010 à 32%, à 36% en 2011 et à 50% en 2012. Pour ce qui concerne les auto-entrepreneurs, en 2012, 80% des déclarations d'activité se font en ligne mais seulement 32% des déclarations et 33% des paiements de cotisations sont dématérialisés.

Par ailleurs, selon des données statistiques issues de l'ACOSS, le taux de dématérialisation des paiements en 2012 atteint 50% pour les cotisants ISU et les PAM et plus de 30% pour les auto-entrepreneurs.

- **Remplacement du TTS-P par le CESU outre mer**

Deux dispositifs co-existent actuellement s'agissant des particuliers employeurs, qui partagent les mêmes objectifs de simplification des démarches et de lutte contre le travail illégal :

- le Chèque Emploi Service Universel (Cesu), prévu par la loi de développement des services à la personne de juillet 2005, dont la gestion a été confiée au Centre national du Cesu de Saint-Etienne.
- le Titre de Travail Simplifié des particuliers-employeurs (TTS-P), applicable aux départements d'outre-mer et mis en place par la loi d'orientation pour l'outre-mer du 13 décembre 2000. Sa gestion a été confiée aux caisses générales de sécurité sociale (CGSS).

Le TTS-P présente des inconvénients. Il s'agit uniquement d'un formulaire papier, géré manuellement, sans que les employeurs puissent bénéficier des services internet du Cesu qui sont disponibles en métropole et recueillent une forte satisfaction. De plus, la qualité de remplissage du volet social du TTS-P soulève des difficultés pour l'enregistrement des déclarations, qui nécessitent des retraitements manuels ; les dysfonctionnements informatiques pénalisent la production et la fiabilité des données enregistrées. Cela génère des retards dans la production des attestations pour les employeurs et pour les salariés. Or l'attestation du salarié vaut bulletin de salaire, les délais actuels ralentissent donc l'ensemble des démarches administratives publiques et privées qui sont fondées sur le bulletin de salaire.

Afin d'offrir une qualité de prestation égale sur l'ensemble du territoire français et de limiter la redondance des systèmes d'informations, la présente mesure prévoit le remplacement du TTS-P par le Cesu dans les DOM.

Cette mesure met en œuvre un engagement de l'État de la Convention d'Objectifs et de Gestion de l'ACOSS pour 2010-2013, qui fixe un objectif de « *poursuite de la fiabilisation des offres existantes à l'attention des cotisants d'outre-mer, en intégrant le TTS particulier-employeur dans le Cesu* ».

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

Mesures proposées :

- **Adaptation des étapes de déploiement de la DSN**

Pour dynamiser l'adoption de la DSN par les entreprises et sécuriser sa généralisation, il apparaît souhaitable d'instaurer au moins une étape de déploiement obligatoire avant 2016.

Il est donc proposé de rendre la DSN obligatoire pour les entreprises redevables d'un certain montant de cotisations sociales au plus tard à compter du 1er janvier 2015 – en autorisant le pouvoir réglementaire à anticiper éventuellement cette échéance en fonction de l'état d'avancement des travaux. A cette date, auront pu être incluses dans les déclarations substituées par la DSN la déclaration de cotisations URSSAF, l'attestation de salaires pour les AT-MP et les spécificités relatives à certains secteurs d'activité, en particulier les entreprises de travail temporaire, ce qui rendra le dispositif suffisamment simplificateur pour les entreprises.

Le seuil de montant de cotisations sera fixé par décret. Cette obligation devrait concerner les entreprises qui sont d'ores et déjà aujourd'hui soumises à l'obligation d'effectuer des déclarations de cotisations de façon dématérialisée auprès des URSSAF (entreprises dont le montant de cotisations sociales de l'année civile précédente excède 50 000 € soit 500 000 comptes). Le seuil exact sera fixés en fonction des résultats observés à la fin de l'année et au début de l'année suivante.

L'obligation sera limitée aux employeurs relevant du régime général de sécurité sociale, compte tenu de l'ouverture plus tardive du service déclaratif de la DSN pour les employeurs agricoles (2nd semestre 2014).

Il est en outre proposé de prévoir la même obligation anticipée pour les « tiers déclarants », c'est-à-dire les organismes qui effectuent les déclarations pour le compte des cotisants (experts-comptables, éditeurs de logiciels, mandataires et administrateurs judiciaires).

- **Généralisation de la dématérialisation obligatoire des déclarations sociales**

L'adoption de la DSN doit être favorisée par l'abaissement des seuils de dématérialisation des déclarations sociales auxquelles la DSN, exclusivement dématérialisée, a se substituera. De plus, le développement de la dématérialisation participe de la simplification administrative et de la lutte contre la fraude en facilitant les rectifications amiables ainsi que les contrôles.

C'est pourquoi il est proposé d'élargir le champ de l'obligation de dématérialisation des déclarations sociales et des services en ligne dédiés à l'ensemble des catégories de cotisants :

- **Abaissement par décret des seuils déjà applicables :**

Déclaration préalable à l'embauche

Le décret devrait abaisser le seuil de 500 à **50 DPAE par an** pour les employeurs relevant du régime général. De plus, l'article crée une obligation progressive de dématérialisation de cette déclaration pour les employeurs relevant du régime agricole (100 DPAE à compter de 2014 et 50 à compter de 2015). En 2012, 85% des entreprises ont adressé leurs DPAE par voie électronique. Parmi celles qui seront dans le champ de la nouvelle obligation 96% la respectent spontanément.

Nombre de DPAE (en tranche)	% des entreprises qui dématérialisent leurs DPAE
Inférieur 50	84,51%
Entre 99 et 50	96,18%

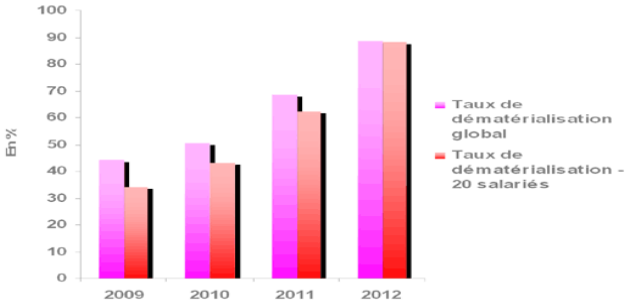
Entre 100 et 499	96,16%
Supérieur ou égal à 500	95,49%
Total	**84,99%**

Déclarations de cotisations des entreprises

Auprès des URSSAF et des caisses de mutualité sociale agricole, il est prévu d'abaisser le seuil à 35 000 € de cotisations et contributions sociales dues par établissement au titre de l'année civile précédente à compter du 1er janvier 2014 et 20 000 € à compter du 1er janvier 2015. Le critère applicable pour apprécier l'obligation de dématérialisation serait ainsi fixé dans la loi au regard d'un montant de cotisations et contributions sociales dues.

L'abaissement des seuils de dématérialisation ne devrait pas générer de difficultés compte tenu des pratiques actuelles des entreprises. En effet, le taux de déclarations dématérialisées s'élève aujourd'hui à 88,53 % pour les entreprises privées et à 88,40 % pour les entreprises employant moins de 20 salariés, grâce notamment au travail partenarial réalisé par l'ACOSS avec le Conseil Supérieur de l'Ordre des Experts-Comptables. Dans les PME de moins de 20 salariés qui ont recours à un tiers déclarant, le taux de télé-déclaration a augmenté de 26% (on est passé d'un taux de 62,23% en 2011 à 88,40% en 2012). Dans la mesure où la plupart des PME mandatent un tiers déclarant[18] et compte tenu des pratiques actuelles des experts comptables, la mise en place d'une obligation de dématérialisation pour ces PME devrait donc être neutre. Quant au taux de paiements dématérialisés, il dépasse 94 % en 2012 en hausse de trois points sur un an.

Taux de déclarations dématérialisées - régime général

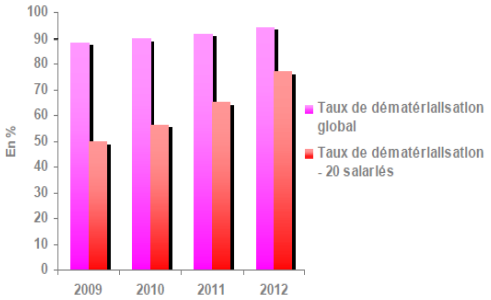


18 .

Dématérialisation des paiements

Par ailleurs, plus de 90% des employeurs dématérialisent leurs paiements (près de 80% pour les employeurs de moins de 20 salariés) :

Taux de paiements dématérialisés.



Parmi les entreprises visées par l'abaissement des seuils (c'est-à-dire les entreprises redevables d'un montant de cotisations contributions et taxes compris entre 50 000 et 35 000 puis 20 000 €), plus de t plus de 60% versent leurs cotisations et contributions par voie dématérialisée.

Tranche de cotisations liquidées en 2012	Taux de dématérialisation des paiements
Inférieur ou égal à 20 000 euros	59,30%
20 001 à 30 000 euros	61,09%
30 001 à 50 000 euros	65,04%
50 001 à 7 000 000 euros	95,30%
7 000 001 euros et +	99,97%
inconnue	69,28%
Total	94,59%

Source : Acoss, 2012

- **Consolidation de l'obligation de dématérialisation des déclarations sociales :**

Secteur public

L'Etat s'est engagé au sein de la COG ACOSS 2010-2013 à achever le déploiement de la télé-déclaration et du télépaiement pour la fonction publique d'Etat et hospitalière et à mettre en place pour les collectivités territoriales des seuils au delà desquels la dématérialisation de la déclaration et du paiement serait obligatoire. Cette extension présente en outre un intérêt dans la perspective d'une possible extension de la DSN au secteur public à l'avenir. Compte tenu des différences de situation existant entre d'une part, les fonctions publiques d'Etat et hospitalière pour lesquelles la télé-

déclaration est effective depuis 1987 et les collectivités territoriales dont la situation est plus disparate, il pourrait être opportun de définir des seuils distincts.

Pour l'Etat et ses établissements publics hors industriels et commerciaux, il est proposé une dématérialisation obligatoire de la déclaration et du paiement quel que soit le montant des cotisations versées. Dans la mesure où la dématérialisation est déjà effective pour ces employeurs, il s'agit uniquement de sécuriser juridiquement la situation.

Pour les collectivités territoriales et leurs établissements publics hors industriels et commerciaux, la dématérialisation pourrait n'être obligatoire que pour les seules collectivités dont le montant de cotisations, contributions et taxes excède 70 000€ en 2014 et 50 000€ en 2015. Plus de 70% des collectivités emploient moins de 10 agents. Or le montant de cotisations, contributions et taxes versées pour une rémunération au smic de 10 personnes sur l'année correspond à environ 70 000€. La fixation d'un premier seuil de 70 000€ exonérerait donc en première année la majorité des collectivités c'est-à-dire les plus petites. Il serait abaissé en 2015 pour concerner environ 50% des collectivités.

Selon les données de l'ACOSS, parmi les collectivités territoriales versant plus de 70 000€ de cotisations, contributions et taxes, plus de 95% déclarent d'ores et déjà les rémunérations par voie électronique. Ce taux est porté à près de 94% pour les employeurs publics versant jusqu'à 50 001 € de cotisations. Par ailleurs, on constate que la quasi-totalité des collectivités versent leurs cotisations de façon dématérialisée.

Tranche de cotisations liquidées en 2012	Taux de dématérialisation des déclarations	Taux de dématérialisation des paiements
Inférieur ou égal à 50 000 euros	89,57%	99,95%
Entre 70 000 euros et 50 001 euros	93,94%	98,90%
Supérieur à 70 000€	96,36%	98,35%

Source : Acoss, 2012

Travailleurs indépendants

	dématérialisation des paiements en 2012
Artisans, commerçants et professions libérales	61,80%
praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés	46%
auto-entrepreneurs	33%

Artisans et commerçants relavant du RSI, professions libérales et praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Sur la base des données statistiques de l'ACOSS de répartition des travailleurs indépendants par tranche de cotisations exigibles en 2011, un seuil de 6 000 € de cotisations et contributions sociales (correspondant à des revenus d'au moins 23 000€) permettrait dès 2014 de couvrir les 50% des travailleurs indépendants qui ont d'ores-et-déjà adopté la dématérialisation.

Montant de cotisations exigibles en 2011	**Répartition selon le montant de cotisations exigibles des artisans commerçants**	**Répartition selon le montant de cotisations exigibles des professions libérales**
Inférieur à 2000	31,82%	21,43%
De 2000 à 5999	22,34%	29,95%
De 6000 à 60 000	45,83%	48,62%

Ce seuil pourrait être abaissé en 2015 à 2 500€ de cotisations et contributions sociales (correspondants à des revenus d'au moins 12 000€) ce qui permettra de concerner plus de 70% des travailleurs indépendants. Afin de maîtriser tant le montant que la date de paiement, de la même façon qu'avec un chèque, le travailleur indépendant pourra t payer par virement ou télé-règlement.

Le télé-règlement présente des avantages incontestables :

- totalement sécurisé,
- gratuit,
- aucun risque de pénalités de retard dues aux aléas postaux,
- possibilité de répartir les paiements sur 3 comptes bancaires,
- modification éventuelle jusqu'au jour de l'échéance à 12 heures,
- un débit à la date d'échéance, en aucun cas avant cette date,
- gain de trésorerie,
- aucun transfert d'argent par internet.

Le travailleur indépendant peut également :
- moduler le montant du télé-règlement en cas de crédit ou de difficulté de trésorerie
- et désormais régulariser un impayé, qu'il soit par chèque, par prélèvement ou par télé-règlement

Le développement de la dématérialisation des déclarations des indépendants est de nature à faciliter l'anticipation de la régularisation proposée par ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui permettra de réduire l'écart, pour les indépendants, entre moment de perception du revenu et moment de paiement des cotisations.

Autos entrepreneurs

Malgré les actions menées pour promouvoir les services dématérialisés et le développement de services en ligne dédiés pour les cotisants qui ont opté pour le dispositif « auto-entrepreneur », le taux de dématérialisation des déclarations et des paiements peine à augmenter (pour les auto-

entrepreneurs, le taux de dématérialisation des déclarations de chiffre d'affaires avoisine 20 % et celui des paiements de cotisations 33 % alors que 80% d'entre eux déclarent leur activité sur le portail internet dédié. Il paraît donc souhaitable d'accompagner les mesures d'amélioration du site auto-entrepreneur et de mise à disposition d'un service de paiement par carte bancaire par une obligation de recours à la dématérialisation. Le seuil retenu sera fixé en fonction du chiffre d'affaires :

Chiffre d'affaires 2012 en euros	**proportion**
De 1 à 5 730	50%
De 5 730 à 14 713	25%
plus de 14 713	25%

A minima, le seuil pourrait être le seuil intermédiaire en cours de discussion dans le projet de loi relatif à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises de 19 000€ de chiffres d'affaires pour les professions de service (artisanat et professions libérales) et 45 700€ de chiffres d'affaires pour celles du commerce. Cela correspond à4047 € de cotisation pour les professions libérales, 4 674 € pour les services et 6650€ pour les commerces.

- **Extension du CESU aux DOM**

Il est proposé d'étendre le CESU aux départements d'outre-mer et, par voie de conséquence, de supprimer le TTS pour les particuliers employeurs.

Certaines particularités du TTS ne sont pas reprises :

Différence de champ

Les activités d'assistantes maternelles agréées seront désormais gérées, comme en métropole par le centre Pajemploi, qui comme le CESU emporte une satisfaction élevée de la part des particuliers employeurs. Les activités de travaux occasionnels aujourd'hui également gérées par le TTS-P peuvent en pratique être gérées par le CESU : entretien de la maison et travaux ménagers, petits travaux de jardinage, y compris les travaux de débroussaillage, prestations de petit bricolage dites "hommes toutes mains" (http://www.cesu.urssaf.fr/cesweb/ces1.jsp).

Différences de règles en matière de prélèvements sociaux

L'assiette forfaitaire des particuliers employeurs a été supprimée en métropole en LFSS 2013 et remplacée par une déduction forfaitaire. Dans les DOM persiste toutefois actuellement une assiette forfaitaire, égale à 80 % du SMIC selon l'arrêté de 2001. Maintenir cette assiette forfaitaire serait préjudiciable aux droits sociaux des salariés à domicile ultra-marins, et impliquerait de modifier le volet social CESU, avec des risques de confusion, notamment pour les employeurs métropolitains (qui pourraient cocher la case forfait). Par ailleurs, cette assiette forfaitaire se cumule aujourd'hui avec l'exonération LODEOM en application d'une circulaire de 2010, contraire à la loi, qui prévoit un principe général de non cumul ; le maintien de ce cumul nécessiterait également de modifier le volet social CESU. Il est donc proposé de remplacer l'assiette forfaitaire DOM et l'exonération LODEOM par une déduction forfaitaire majorée à environ 3,7€/h pour les DOM, visant à garantir la neutralité globale du dispositif pour les employeurs.

Autres options possible :

Néant

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

Cette mesure modifie les modalités de recouvrement des cotisations et s'inscrit dans le prolongement de l'article 40 de la LFSS 2007 qui a institué une obligation de déclaration dématérialisée des cotisations sociales. Elle prend place à ce titre dans la troisième partie, section III de la loi de financement de la sécurité sociale (art. LO.111-3, V, B, 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

Oui

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non. Certaines dispositions réglementaires devront être mises en cohérence (pour les travailleurs indépendants)

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

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	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

La mesure générale de promotion de la dématérialisation vise à améliorer les modalités de recouvrement mais n'emporte pas de conséquences en termes d'impact financier pour les régimes de sécurité sociale.

La mesure d'extension CESU aux DOM est globalement neutre pour les employeurs. Elle génère une recette pour la sécurité sociale qui découle uniquement de la compensation par l'Etat des exonérations existantes dont le régime est refondu :

Organismes impactés (en millions €)		2014	2015	2016	2017
Régime Général	Economie de gestion - CGSS	+ 0,85	idem		
	Suppression du forfait	+ 9,2			
	Suppression cumul Lodeom	+ 15,2			
	Baisse du taux AT-MP	- 0,3			
Autres ASSO (AGIRC-ARRCO-Assurance chômage)		+ 4,5			
Déduction forfaitaire à environ 3,7 €/h		- 28,7			
Etat : compensation de la déduction forfaitaire		- 28,7			
Solde net ASSO		+ 28,7			
Solde net APU		**+0,85**			

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

a) impacts économiques

En favorisant la généralisation anticipée des déclarations dématérialisées, cette mesure améliorera les modalités de recouvrement des cotisations et générera des économies de gestion des organismes en charge de ce recouvrement. Elle permettra également de fiabiliser le calcul des cotisations via des contrôles de cohérence, ce qui contribuera à sécuriser l'appel de cotisation.

La mesure CESU DOM est globalement neutre financièrement pour les employeurs. Elle diminue le coût du travail pour les salariés sous 1,15 SMIC, qui sont majoritaires. Ces chiffrages présentent une première approximation de l'impact, ils prennent pour hypothèse que le salaire net est inchangé, en cohérence avec l'évolution observée en métropole au premier semestre 2013 après le remplacement du forfait par la déduction.

	1 SMIC	1,1 SMIC	1,15 SMIC	1,2 SMIC	1,5 SMIC	1,5 SMIC + exonération pour les employeurs âgés ou handicapés
Variation du coût horaire pour l'employeur avant crédit d'impôt	-1,7 €	-0,3 €	0,0 €	0,29 €	1,1 €	0,8 €
après crédit d'impôt sur le revenu de 50%			0,0 €	0,14 €	0,5 €	0,4 €

b) impacts sociaux

La mesure de promotion générale de la dématérialisation devrait faciliter et fiabiliser la constitution des droits contributifs (indemnités journalières maladie, accident du travail-maladie professionnelles, droits à l'assurance vieillesse).

Pour la mesure CESU DOM, l'assiette forfaitaire entraîne aujourd'hui 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.

Salaire de référence*	Perte nette mensuelle de pension en 2022 avec assiette forfaitaire pendant 10 ans (€ 2012)	
	80%SMIC	40%SMIC
1 SMIC	203	406
1,1 SMIC	351	702
1,5 SMIC	526	1052

La cotisation sur assiette réelle améliore donc dans les des proportions comparables l'ensemble des droits sociaux des salariés.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

La dématérialisation des déclarations et du paiement des cotisations de sécurité sociale allège pour les travailleurs indépendants le formalisme déclaratif et est limitée aux cotisants les plus importants. La dématérialisation permet également une fiabilisation accrue des données et permet de réduire substantiellement les risques d'appels de cotisations erronés.

L'extension du CESU dans les DOM permettra aux 22 000 particuliers employeurs utilisant actuellement le TTS-P, et potentiellement pour les 20 000 particuliers employeurs utilisant la Déclaration Nominative Simplifiée (qui a également vocation à être prochainement intégrée dans le CESU) d'accéder à une qualité de service sans commune mesure : portail internet, rapidité du traitement des déclarations, compte en ligne…

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

Gains de qualité dans le traitement des dossiers et de productivité, économies en gestion.

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

Les systèmes d'information sont déjà opérationnels pour le traitement des déclarations dématérialisées.

La mesure de promotion de la dématérialisation devrait principalement générer des gains en gestion en termes. Dès lors qu'en moyenne 1 point de dématérialisation = gain de 1 ETP, cela devrait aboutir à générer un gain d'environ 50 ETP.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens existants

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

Trois décrets simples : un pour la DSN, un pour la dématérialisation, un pour CESU DOM.

2. Existence de mesures transitoires ?

L'abaissement progressif sur deux années du seuil de dématérialisation des déclarations et du paiement des cotisations de sécurité sociale (2014 et 2015) devrait permettre une montée en charge progressive de la dématérialisation jusqu'au niveau nécessaire pour la DSN.

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

La pertinence des mesures proposées réside dans une prise d'effet rapide tenant compte du passage obligatoire à la DSN au 1er janvier 2016. Les différents seuils prendront effet au 1er janvier 2014 puis seront modifiés à nouveau au 1er janvier 2015.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

S'agissant tant de la DSN que de la dématérialisation des déclarations et des paiements, l'information sera assurée par une communication active de la DSS et des réseaux URSSAF, RSI, et MSA.

S'agissant de la DSN, le GIP MDS qui réunit à la fois les organismes (ACOSS, CNAV, Pole Emploi, AGIRC ARRCO, CNAM, CNAF, CMSA, RSI etc.), les organisations professionnelles ainsi que les utilisateurs dont les éditeurs de logiciels de paie complèteront la communication des réseaux 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 les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ? Oui : taux de dématérialisation en annexe 3-B-2 du PLFSS

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Promotion générale de la dématérialisation des déclarations et des paiements de cotisations sociales

Employeurs privés (dont salariés agricoles) et publics

Article L. 243-14 du code de la sécurité sociale	**Article L. 243-14 modifié du code de la sécurité sociale**
.-Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise, redevables de cotisations, contributions et taxes d'un montant supérieur à 50 000 € au titre de l'année civile précédente ou soumis à l'obligation de verser mensuellement leurs cotisations sociales, sont tenus de régler par virement ou, en accord avec leur organisme de recouvrement, par tout autre moyen de paiement dématérialisé, les sommes dont ils sont redevables l'année suivante sur le compte spécial d'encaissement de l'organisme de recouvrement dont ils relèvent. Lorsque le montant des cotisations, contributions et taxes mentionnées au présent I est supérieur à 7 millions d'euros au titre d'une année civile, le mode de paiement dématérialisé est obligatoirement le virement bancaire. II.-Les entreprises autorisées à verser pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements les cotisations dues à un organisme de recouvrement autre que celui ou ceux dans la circonscription desquels ces établissements se trouvent situés sont soumises à la même obligation. II bis.-Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise mentionnés aux I et II, redevables de cotisations, contributions et taxes pour un montant supérieur à 50 000 € au titre de l'année civile précédente ou soumis à l'obligation de verser mensuellement leurs cotisations sociales, sont tenus d'effectuer leurs déclarations sociales ainsi que d'effectuer la déclaration et le versement mentionnés au III de l'article L. 133-5-4, au titre des sommes dont ils sont redevables l'année suivante, par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. III.-Le non-respect des obligations prévues aux I et II entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement ou la déclaration a été effectué selon un autre mode de paiement ou de déclaration. Le non-respect de l'obligation prévue au II bis entraîne l'application d'une majoration correspondant à 0,2 % du montant des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie électronique. IV.-Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont applicables aux	~~.-Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise, redevables de cotisations, contributions et taxes d'un montant supérieur à 50 000 € au titre de l'année civile précédente ou soumis à l'obligation de verser mensuellement leurs cotisations sociales, sont tenus de régler par virement ou, en accord avec leur organisme de recouvrement, par tout autre moyen de paiement dématérialisé, les sommes dont ils sont redevables l'année suivante sur le compte spécial d'encaissement de l'organisme de recouvrement dont ils relèvent.~~ ~~Lorsque le montant des cotisations, contributions et taxes mentionnées au présent I est supérieur à 7 millions d'euros au titre d'une année civile, le mode de paiement dématérialisé est obligatoirement le virement bancaire.~~ ~~II.-Les entreprises autorisées à verser pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements les cotisations dues à un organisme de recouvrement autre que celui ou ceux dans la circonscription desquels ces établissements se trouvent situés sont soumises à la même obligation.~~ ~~II bis.-Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise mentionnés aux I et II, redevables de cotisations, contributions et taxes pour un montant supérieur à 50 000 € au titre de l'année civile précédente ou soumis à l'obligation de verser mensuellement leurs cotisations sociales, sont tenus d'effectuer leurs déclarations sociales ainsi que d'effectuer la déclaration et le versement mentionnés au III de l'article L. 133-5-4, au titre des sommes dont ils sont redevables l'année suivante, par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.~~ ~~III.-Le non-respect des obligations prévues aux I et II entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement ou la déclaration a été effectué selon un autre mode de paiement ou de déclaration. Le non-respect de l'obligation prévue au II bis entraîne l'application d'une majoration correspondant à 0,2 % du montant des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie électronique.~~ ~~IV.-Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont applicables aux~~

majorations et pénalités prévues au III. Les modalités d'application du présent article sont, en tant que de besoin, fixées par décret en Conseil d'Etat.	~~majorations et pénalités prévues au III.~~ ~~Les modalités d'application du présent article sont, en tant que de besoin, fixées par décret en Conseil d'Etat.~~
	Article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	I. Tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée dans des conditions fixées par décret. Les seuils au delà desquels ces formalités s'imposent sont fixés par décret en fonction du montant des cotisations et contributions sociales. **II. – La méconnaissance de l'obligation de déclaration prévue au I entraîne l'application d'une majoration fixée par décret du montant des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée dans la limite de 0,2 %. La méconnaissance de l'obligation de versement prévue au I entraîne l'application d'une majoration fixée par décret du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement dans la limite du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions.**

Travailleurs indépendants

	Article L. 133-6-7-2 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Les travailleurs indépendants non agricoles sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement des cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée dans des conditions fixées par décret. Le seuil au delà duquel ces formalités s'imposent est fixé par décret en fonction du montant des cotisations et contributions sociales ou pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 133-6-8 en fonction du chiffre d'affaires. La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II. de l'article L.133-5-5. »
Article L. 612-10 du code de la sécurité sociale	**Article L. 612-10 modifié du code de la sécurité sociale**
Les articles L. 243-8 à L. 243-11, les articles L. 243-13, L. 243-14, L. 256-4, L. 114-13 et L. 377-2 sont applicables, dans des conditions fixées par décret, au régime institué par le présent titre.	Les articles L. 243-8 à L. 243-11, les articles L. 243-13, ~~L. 243-14~~, **L. 133-5-5,** L. 256-4, L. 114-13 et L. 377-2 sont applicables, dans des conditions fixées par décret, au régime institué par le présent titre.
Article L. 623-1 du code de la sécurité sociale	**Article L. 623-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Pour les professions non agricoles, sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application des titres II, III et IV du présent livre et sous réserve des dispositions particulières dudit livre, les articles L. 211-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 231-5, L. 231-6-1 (1°), L. 231-12, L. 243-4, L. 243-5 et L. 243-6-2, L. 243-9 et L. 243-11, L. 243-14, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-14, L. 256-3, L. 272-1 et L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 353-3, L. 355-2, L. 355-3, L. 114-13 et L. 377-2.	Pour les professions non agricoles, sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application des titres II, III et IV du présent livre et sous réserve des dispositions particulières dudit livre, les articles L. 211-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 231-5, L. 231-6-1 (1°), L. 231-12, L. 243-4, L. 243-5 et L. 243-6-2, L. 243-9 et L. 243-11, ~~L. 243-14~~, **L. 133-5-5,** L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-14, L. 256-3, L. 272-1 et L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 353-3, L. 355-2, L. 355-3, L. 114-13 et L. 377-2.
Article L. 722-5 du code de la sécurité sociale	**Article L. 722-5 modifié du code de la sécurité sociale**
Les dispositions des sections 4 et 5 du chapitre 3 du titre IV du livre II, les dispositions du chapitre 4 du même titre ainsi que celles de l'article L. 374-1 du présent code sont applicables au recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 722-4.	Les dispositions des **la** section~~s~~ 4 ~~et 5~~ du chapitre 3 du titre IV du livre II, les dispositions du chapitre 4 du même titre ainsi que celles de**s** ~~l'~~article**s L. 133-6-7-2 et** L. 374-1 du présent code sont applicables au recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 722-4.

Déclaration préalable à l'embauche : employeurs (RG et régime agricole)

Article L. 1221-12-1 du code du travail	**Article L. 1221-12-1 modifié du code du travail**
Sont tenus d'adresser les déclarations préalables à l'embauche par voie électronique les employeurs relevant du régime général de sécurité sociale qui ont accompli plus de 500 déclarations préalables à l'embauche au cours	~~Sont tenus d'adresser les déclarations préalables à l'embauche par voie électronique les employeurs relevant du régime général de sécurité sociale qui ont accompli plus de 500~~

de l'année civile précédente. Le non-respect de cette obligation entraîne l'application d'une pénalité fixée à 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par salarié, recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions relatives au recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Les pénalités dues au titre d'une année civile sont versées au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale de l'année suivante.	~~déclarations préalables à l'embauche au cours de l'année civile précédente.~~ ~~Le non-respect de cette obligation entraîne l'application d'une pénalité fixée à 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par salarié, recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions relatives au recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Les pénalités dues au titre d'une année civile sont versées au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale de l'année suivante.~~ **« Sont tenus d'adresser les déclarations préalables à l'embauche par voie électronique :** **« 1° Les employeurs dont le personnel relève du régime général de sécurité sociale autres que les particuliers employant un salarié à leur service dont le nombre de déclarations préalables à l'embauche accomplies au cours de l'année civile précédente excède un seuil fixé par décret ;** **« 2° ° Les employeurs dont le personnel relève du régime de protection sociale agricole dont le nombre de déclarations préalables à l'embauche accomplies au cours de l'année civile précédente excède un seuil fixé par décret ;** **« Le non-respect de cette obligation entraîne l'application d'une pénalité par salarié, fixée par décret dans la limite de 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions relatives au recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Les pénalités dues au titre d'une année civile sont versées au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale de l'année suivante. »**

Employeurs de salariés agricoles

Article L. 725-22 du code rural	**Article L. 725-22 modifié du code rural**
I.-A l'exception du deuxième alinéa du I, l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale est applicable aux employeurs occupant des salariés agricoles au sens de l'article L. 722-20 du présent code, redevables, au titre d'une année civile, de cotisations et contributions sociales. II.-Les entreprises autorisées à verser, pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements, les cotisations et contributions sociales dues pour leurs salariés à une caisse de mutualité sociale agricole autre que celle dans la circonscription de laquelle ces établissements sont situés sont soumises à cette obligation.	~~I.-A l'exception du deuxième alinéa du I, l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale est applicable aux employeurs occupant des salariés agricoles au sens de l'article L. 722-20 du présent code, redevables, au titre d'une année civile, de cotisations et contributions sociales.~~ ~~II.-Les entreprises autorisées à verser, pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements, les cotisations et contributions sociales dues pour leurs salariés à une caisse de mutualité sociale agricole autre que celle dans la circonscription de laquelle ces établissements sont situés sont soumises à cette obligation.~~

III.-Le non-respect de l'obligation prévue au I entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Les modalités de remise de cette majoration sont fixées par un arrêté du ministre de l'agriculture. IV.-Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations sociales agricoles sont applicables à la majoration prévue au III.	~~III.-Le non-respect de l'obligation prévue au I entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Les modalités de remise de cette majoration sont fixées par un arrêté du ministre de l'agriculture.~~ ~~IV.-Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations sociales agricoles sont applicables à la majoration prévue au III.~~

<u>Extension du CESU aux DOM</u>

Article L. 241-10 du code de la sécurité sociale	**Article L. 241-10 modifié du code de la sécurité sociale**
I bis. - Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail ouvre droit à une déduction forfaitaire de la cotisation patronale due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès dont le montant est fixé par décret. Cette déduction n'est cumulable ni avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations	I bis. - Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail ouvre droit à une déduction forfaitaire de la cotisation patronale due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès dont le montant est fixé par décret. **Dans les départements d'outre mer, la déduction de cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle est majorée d'un montant fixé par décret.** ~~Cette~~ **Ces** déduction**s** ~~n'est~~ **ne sont** cumulable**s** ni avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations.
Article L. 1522-1 du code du travail	**Article L. 1522-1 modifié du code du travail**
Les dispositions des articles L. 1271-1 à L. 1271-16 relatives au chèque emploi-service universel s'appliquent dans les départements d'outre-mer, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon lorsque celui-ci a la nature d'un titre spécial de paiement.	Les dispositions des articles L. 1271-1 à L. 1271-16 relatives au chèque emploi-service universel s'appliquent dans les départements d'outre-mer, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon ~~lorsque celui-ci a la nature d'un titre spécial de paiement~~.
Article L.1522-4 du code du travail	**Article L.1522-4 modifié du code du travail**
Les dispositions de la présente section s'appliquent, lorsqu'ils emploient moins de onze salariés : 1° Aux employeurs de droit privé ; 2° Aux établissements publics à caractère industriel et commercial ; 3° Aux établissements publics assurant à la fois une mission de service public à caractère administratif et à caractère industriel et commercial, lorsqu'ils emploient du personnel dans les conditions du droit privé. Ces dispositions s'appliquent également aux personnes effectuant des travaux et services au domicile des particuliers.	Les dispositions de la présente section s'appliquent, lorsqu'ils emploient moins de onze salariés : 1° Aux employeurs de droit privé ; 2° Aux établissements publics à caractère industriel et commercial ; 3° Aux établissements publics assurant à la fois une mission de service public à caractère administratif et à caractère industriel et commercial, lorsqu'ils emploient du personnel dans les conditions du droit privé. ~~Ces dispositions s'appliquent également aux personnes effectuant des travaux et services au domicile des particuliers.~~

ARTICLE 24

AFFECTATION DES EXCEDENTS DE LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE DES INDUSTRIES ELECTRIQUES ET GAZIERES (CAMIEG)

I. Présentation de la mesure

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

La branche des industries électriques et gazières est intégrée financièrement au régime général. La Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières a pour principale fonction de gérer l'assurance maladie complémentaire obligatoire (elle a également la charge de l'affiliation des assurés pour les parts base et complémentaire). Cette caisse dégage, depuis sa création en 2007, des excédents importants sur les deux fonds d'assurance maladie complémentaire qu'elle gère (le fonds actifs pour les salariés et leurs ayants-droits et le fonds inactifs pour les pensionnés et leurs ayants-droits) : ils s'élèvent fin 2012 à 328 millions d'euros.

Ce régime connaissant un déséquilibre structurel, il a été décidé, à l'issue d'échanges avec les partenaires sociaux du secteur et les départements ministériels concernés, d'une part d'augmenter le niveau des prestations pour les actifs comme pour les inactifs (+15 millions d'euros de prestations par an) et d'autre part de baisser les cotisations pour les actifs (- 25 % pour employeurs et salariés).

En contrepartie de cet accord, un prélèvement des fonds de la section des actifs vers la CNAMTS sera opéré.

L'intervention du législateur est nécessaire pour pouvoir procéder à ce transfert. Cette intervention respecte le principe d'équilibre financier des deux organismes concernés : elle participe de l'équilibre financier de la CNAMTS en abondant ce régime qui connaît des difficultés financières et opère un prélèvement à la CAMIEG sans remettre en cause son équilibre financier.

De plus, les excédents de la section des inactifs actuellement placés à l'ACOSS seront mis à disposition de la CNIEG afin de limiter son besoin d'emprunt.

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

Mesure proposée : Il est proposé de transférer, en début d'année 2014, 65 % des disponibilités excédentaires de la section « actifs » constatées au 31 décembre 2013. Au 01/09/2013, le montant de ce transfert est estimé à environ 170 millions d'euros (prévision CAMIEG). Les 65% correspondent à la part patronale dans le financement de cette section.

Autres options possibles :

- Statu quo et maintien des disponibilités excédentaires pour la CAMIEG
- Transfert de 100% de la section des actifs vers la CNAMTS

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

Impact financier sur le régime général puisque générant une ressource supplémentaire de 170 millions d'euros.

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

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

des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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.

Les consultations du CA de la CAMIEG et de la CNPS (commission nationale paritaire de suivi au sein de laquelle siègent également les employeurs, exclusivement sur la section des actifs) ne sont pas obligatoires.

III. Aspects juridiques

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

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

Non

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

Oui

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

a) Possibilité de codification

Non

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)	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

Un prélèvement de 170 millions d'euros est opéré de la CAMIEG vers la CNAMTS.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *R*	2015	2016	2017
CAMIEG, section des actifs		-170			
CNAM		+170			

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

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

b) impacts économiques

Sans objet

c) impacts sociaux

La mesure de prélèvement présente des risques de réactions négatives de la part des organisations syndicales représentant les salariés des industries électriques et gazières. Elle présente néanmoins l'avantage d'éviter le statu quo, qui n'est souhaité par aucune des parties.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

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

Au-delà de la CAMIEG et de la CNAMTS, l'autre organisme impacté par cette mesure est l'ACOSS.

En effet, aujourd'hui les excédents de la section des actifs et de la section des inactifs sont placés à l'ACOSS.

Demain, après l'opération de transfert, l'ACOSS disposera de 35% des excédents de la section des actifs restants et de la totalité des excédents des inactifs.

Toutefois, ce transfert devrait s'accompagner d'une demande à l'ACOSS de mise à disposition de la CNIEG (Caisse Nationale des Industries Electriques et Gazières) des excédents de la section des inactifs sous forme de prêts afin de couvrir les besoins de trésorerie de celle-ci.

Ainsi, l'ACOSS aura moins de disponibilités en provenance de la CAMIEG à l'issue de cette opération.

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

Sans objet

d) impact budgétaire

Recette supplémentaire pour la CNAMTS et dépense supplémentaire pour la CAMIEG.

Réduction du besoin d'emprunt de la CNIEG grâce aux excédents de la section des inactifs placés à l'ACOSS qui seront mis à sa disposition.

e) impact sur l'emploi

Pas d'impact

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

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

La mesure n'appelle pas en elle-même de texte d'application. En revanche, la revalorisation des prestations impliquera la modification de l'arrêté du 30 mars 2007 pour redéfinir les taux applicables à certaines prestations. De même, la baisse des cotisations entraînera une modification du décret simple 2007-490 du 30 mars 2007 fixant les taux de cotisations pour les actifs qui devra être soumis pour avis au conseil d'administration de la CAMIEG. Ces mesures devront être prises avant le 1er janvier 2014.

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 immédiate

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

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

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non

ARTICLE 25

RECONDUCTION POUR LA PERIODE 2014-2017 DU DISPOSITIF D'AVANCES DE TRESORERIE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (ACOSS) AUPRES DE LA CAISSE AUTONOME NATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE DANS LES MINES (CANSSM)

I. Présentation de la mesure

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

I. La trésorerie globale du régime minier, dont la gestion est assurée par la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM), présente une situation structurellement dégradée, avec des besoins de financement croissants depuis 2007.

Au-delà des effets en trésorerie liés aux décalages infra-annuels entre encaissements et décaissements pour l'ensemble des risques, cette situation tient à ce que la branche maladie du régime enregistre des déficits récurrents (40 M€ prévus pour 2013), 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 est devenue critique à compter de l'exercice 2013, avec un besoin maximal prévisionnel d'environ 800 M€ qui dépassait les concours octroyés (limités à 650 M€ en 2013) par la Caisse des dépôts et consignations – partenaire bancaire historique de la Caisse des mines.

Traduisant cette évolution, le plafond d'emprunt du régime, fixé 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 950 M€ en 2013, soit une augmentation de 750 M€ sur une période de six années.

Toutefois, dans un contexte général de tension sur les 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, ce qui pourrait être de nature à peser sur la capacité de la CANSSM à assurer le service de l'ensemble des prestations dues aux assurés.

Aussi, il est proposé de prolonger pour 4 ans la possibilité, ouverte en LFSS pour 2013, de recourir à des avances de trésorerie auprès de l'ACOSS, dans le cadre d'un plafond maximal fixé à 250 M€.

Cette mesure permettra de garantir le financement du régime durant la totalité de la période conventionnelle, soit jusqu'à la fin 2017, en complément des avances et prêts obtenus auprès de la Caisse des dépôts et consignations et des autres partenaires bancaires.

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 tout au long de la durée de la future COG 2014-2017, afin de sécuriser le versement des prestations du régime.

L'ACOSS pourra, par dérogation 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 millions d'euros, montant qui est à la fois cohérent avec le besoin prévisionnel de trésorerie pour les trois années à venir 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.

Autres options possibles :

Le régime des mines rencontrant des difficultés pour négocier le concours d'autres partenaires bancaires, il est important de prévoir cette clause de sauvegarde *via* l'ACOSS.

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 loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du 4° / B / 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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) ?

Aucune incompatibilité.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions associés 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

Néant.

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 -Mayotte -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 au moyen de ses outils de financement des sommes nécessaires.

L'utilisation effective de l'avance par la Caisse des mines devrait concerner une période a priori réduite dans l'année. Aussi, l'impact financier de cette avance sur la Caisse est attendu à un niveau réduit. Ainsi, à titre d'exemple, pour 2013, le coût de l'opération s'établit en prévision à environ 4 000€ à un taux de 0,08% pour des avances en pratique plafonnées à 110 M€ et qui concernent quelques jours sur l'année.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Sans objet, la mesure n'ayant aucun effet sur les droits et obligations des assurés.

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, la mesure n'ayant aucun effet sur les droits et obligations des assurés.

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

Sans objet, la mesure n'ayant aucun effet sur les droits et obligations des assurés.

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, la mesure n'ayant aucun effet sur les droits et obligations des assurés.

b) impacts sur les administrations publiques ou des 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

Le besoin supplémentaire de levée de fonds sera intégré par l'ACOSS dans son plan de financement 2014, et pour les années suivantes, sans que cela ne conduise à un coût supplémentaire particulier pour la structure.

e) impact sur l'emploi

Sans objet.

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

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

Les 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, préalablement à sa date d'effet, aux ministres de tutelle pour approbation.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'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 actuel 38 de la loi de financement de la sécurité sociale du 17 décembre 2012	Article modifié de la loi de financement de la sécurité sociale du 17 décembre 2012
I.— A titre exceptionnel pour l'année 2013, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut consentir à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, contre rémunération, des avances d'un montant maximal de 250 millions d'euros. Ces avances font l'objet d'une convention entre l'agence et la caisse, soumise pour approbation aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.	I.— A titre exceptionnel **pour les années 2013 à 2017**, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut consentir à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, contre rémunération, des avances d'un montant maximal de 250 millions d'euros. Ces avances font l'objet d'une convention entre l'agence et la caisse, soumise pour approbation aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

ARTICLE 27

PROLONGATION DES EXPERIMENTATIONS DE NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION (ENMR) AU-DELA DE 2013

DEPLOIEMENS NOUVEAES DE REMUNERATION POUR LES STRUCTURES DE PREMIER RECOURSEN DES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION POUR LES STRUCTURES DE PREMIER RECOURS

I. Présentation de la mesure

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

Les nouveaux modes de rémunération ont pour objet de financer des équipes pluriprofessionnelles, engagées dans les projets de fonctionnement collectif et mobilisées autour d'objectifs de santé publique pour les patients qu'elles prennent en charge.

L'article 44 de la LFSS pour 2008 prévoit la possibilité de mettre en place des expérimentations de nouveaux modes de rémunération dans les maisons et centres de santé à compter du 1er janvier 2008 et pour une durée de 5 ans maximum, soit jusqu'au 31 décembre 2012.

L'article 49 de la loi LFSS pour 2012 a prolongé cette expérimentation jusqu'au 31 décembre 2013 et prévu qu'à compter du 1er janvier 2014, la voie conventionnelle permettrait la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des ENMR.

A cet effet, l'article 45 de la LFSS pour 2013 a ouvert la possibilité de définir une rémunération d'équipe par une négociation conventionnelle interprofessionnelle (ACI). Cet ACI doit notamment prévoir la « généralisation » des ENMR. Cependant, au regard du calendrier pressenti pour la négociation de cet ACI (prévu pour janvier 2014), les premières rémunérations issues de l'ACI ne pourront être versées au 1er janvier 2014. A cet effet, la présente mesure vise à prolonger les ENMR jusqu'au 1er janvier 2015, afin d'assurer qu'il n'y ait pas de rupture dans le versement aux équipes. Cette prolongation permettra également une réouverture éventuelle des expérimentations suivant des modalités rénovées, afin de prendre en compte les premiers résultats de l'évaluation des ENMR et d'utiliser éventuellement certaines dérogations encore non mises en œuvres de l'article 44 (extension de la pratique du tiers-payant notamment).

Si la négociation conventionnelle est la voie privilégiée pour la généralisation de la rémunération d'équipe, la présente mesure prévoit, en cas d'échec de cette négociation, la possibilité d'un règlement arbitral approuvé par les ministres.

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

Mesures proposées :

- Il est proposé d'une part de prolonger d'une année les expérimentations de nouveaux modes de rémunération prévues par l'article 44 de la LFSS pour 2008
- En outre, il est proposé de prévoir un règlement arbitral en cas d'échec des négociations de l'ACI

Autres options possible :

En alternative à la prolongation des ENMR, il serait également possible de généraliser par la loi le dispositif expérimental prévu par l'article 44 de la LFSS pour 2008 dans la mesure où l'article 45 de la LFSS pour 2013 a généré de fortes attentes chez les professionnels de santé. Toutefois, un an après l'annonce de cette négociation, la décision de ne pas y recourir susciterait de fortes incompréhensions chez les partenaires conventionnels.

En lieu et place de l'arbitre, on pourrait également donner recourir au directeur général de l'UNCAM en cas de rupture des négociations. Mais donner le pouvoir de décision unilatéral à l'une des parties serait difficile à accepter dans le cadre d'une négociation.

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

S'agissant de la prolongation : Prise en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, elle a un impact sur les dépenses de l'assurance maladie estimé à 13,8 M€.

S'agissant du règlement arbitral en cas d'échec des négociations de l'ACI: La généralisation d'une rémunération d'équipe, a un impact sur les dépenses 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 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 prolonge un dispositif déjà existant et ne crée pas de difficulté juridique nouvelle.

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

a) Possibilité de codification

Prolongation : Sans objet pour une mesure transitoire

Règlement arbitral : La mesure modifie l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure n'abroge aucune disposition du droit positif

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

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	oui
Collectivités d'outre-mer	
-Mayotte	Oui
-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 coût du dispositif concernant les trois modules ENMR est estimé à 13,8 M€ (dont 7 M€ pour 150 structures dans le M1), sur la base des coûts observés en 2013.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
		-13,8			

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

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

a) impacts économiques

Les nouveaux modes de rémunération représentent un revenu d'activité supplémentaire pour les 150 maisons, pôles et centres de santé qui participent à l'expérimentation. A travers tout le territoire national (19 régions et un DOM sont concernés), il s'agit donc d'une ressource nouvelle pour des structures de soin de premier recours et d'un moyen de stabiliser leur présence et leur activité dans des zones à faible densité médicale.

b) impacts sociaux

La pérennisation de la présence des maisons, pôles et centres de santé dans des zones à faible densité médicale est de nature à faciliter l'accès aux soins pour tous, en particulier pour les populations isolées ou à faible niveau de revenu.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Les personnes physiques concernées sont les professionnels de santé exerçant dans des structures pluri-professionnelles de 1er recours (maisons, pôles et centres de santé). Cette mesure leur permettra de percevoir les nouveaux modes de rémunération pendant une année supplémentaire, c'est à dire jusqu'au 31 décembre 2014 et non jusqu'au 31 décembre 2013 comme initialement prévu.

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

Cette mesure prolongera le pilotage des expérimentations par les agences régionales de santé, qui devront notamment préparer les avenants prolongeant les conventions en cours. Les organismes locaux d'assurance maladie qui assurent la liquidation des nouveaux modes de rémunération verront également leur responsabilité prolongée.

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

La prolongation de l'expérimentation n'entraînera pas de modification particulière des systèmes d'information. Elle nécessitera en revanche la négociation et la signature d'avenants aux conventions actuelles qui prennent fin en 2013 ou, à défaut, la signature de nouvelles conventions début 2014.

La généralisation de la rémunération d'équipe, qui pourra se faire via une décision UNCAM en cas d'échec des négociations, nécessite une évolution substantielle des systèmes d'information de l'assurance maladie afin d'être en mesure d'identifier les équipes pluriprofessionnelles et de liquider des rémunérations collectives.

d) impact budgétaire

Cette mesure n'a pas d'impact sur le budget de l'Etat.

e) impact sur l'emploi

Les modes de rémunération expérimentés sont susceptibles d'être utilisés pour financer des emplois facilitant la coordination entre professionnels de santé tels que des postes de coordonateurs administratifs ou encore des emplois ou des vacations d'infirmier dans le cadre du module 3 « coopération entre professionnels de santé » .

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

Prolongation : Sans objet dans la mesure où il s'agit de la prolongation d'un dispositif existant.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet dans la mesure où il s'agit de la prolongation d'un dispositif existant.

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

La mise en œuvre de cette prolongation se fera par convention entre les sites expérimentateurs (c'est-à-dire les pôles, maisons et centres de santé), les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie qui assurent la liquidation des nouveaux modes de rémunération, ou par avenant aux conventions existantes. Ces avenants devront alors être signés avant le 31 décembre 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les sites participant aux expérimentations sont tenus par les conventions signées d'informer leurs patients de leur participation au dispositif et donc de son éventuelle prolongation.

Ces structures seront elles-mêmes averties de la prolongation de la mesure par les agences régionales de santé avec lesquelles elles négocieront les avenants mentionnés *supra*.

5. Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre incombe à la direction de la sécurité sociale qui en rendra compte au Parlement dans son rapport annuel sur les expérimentations relatives aux nouveaux modes de rémunération.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 44 *actuel* de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008	**Article 44 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008**
I.-Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas six ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.	I. -Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas ***sept ans,*** portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.
En tant que de besoin, l'expérimentation peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :	En tant que de besoin, l'expérimentation peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :
1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;	1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;
2° 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;	2° 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;
3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;	3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;
4° Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations. Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé. Elles concluent à cet effet des conventions avec les professionnels de santé, les centres de santé et les maisons de santé volontaires. Les modalités de mise en oeuvre de ces expérimentations sont définies par décret, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.	4° Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations. Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé. Elles concluent à cet effet des conventions avec les professionnels de santé, les centres de santé et les maisons de santé volontaires. Les modalités de mise en oeuvre de ces expérimentations sont définies par décret, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.
Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3°	Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3°

du D du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.	du D du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.
Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances sont associées à ces expérimentations si elles le souhaitent.	Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances sont associées à ces expérimentations si elles le souhaitent.
Une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement.	Une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement.
Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé ainsi que l'accord national visé à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale peuvent prévoir, à compter du 1er janvier 2014, la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations.	Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé ainsi que l'accord national visé à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale peuvent prévoir, à compter du 1er janvier 2014, la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations.
Article L. 162-14-2 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-14-2 *modifié* du code de la sécurité sociale**
« I. - En cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 ou d'opposition à la nouvelle convention dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé.	« I. - En cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention **ou d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionnés** à l'article L. 162-14-1 ou d'opposition à la nouvelle convention **ou à l'accord** dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, un arbitre arrête un projet de convention **ou d'accord** dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé.
Le projet est soumis aux ministres pour approbation et publication, selon les règles prévues à l'article L. 162-15, sous la forme d'un règlement arbitral.	Le projet est soumis aux ministres pour approbation et publication, selon les règles prévues à l'article L. 162-15, sous la forme d'un règlement arbitral.
Les dispositions conventionnelles antérieures continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement.	Les dispositions conventionnelles antérieures continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement.
Le règlement arbitral est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois, les partenaires conventionnels engagent des négociations en vue d'élaborer une nouvelle convention au plus tard dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du règlement arbitral. Celui-ci cesse d'être applicable à compter de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention. Les dispositions du présent article sont applicables à son renouvellement.	Le règlement arbitral est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois, les partenaires conventionnels engagent des négociations en vue d'élaborer une nouvelle convention **ou un nouvel accord** au plus tard dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du règlement arbitral. Celui-ci cesse d'être applicable à compter de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention **ou d'un nouvel accord**. Les dispositions du présent article sont applicables à son renouvellement.
II. - L'arbitre est désigné par l'Union nationale	II. - L'arbitre est désigné par l'Union nationale

des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés. A défaut ou en cas d'opposition à cette désignation, formée dans les mêmes conditions que celles définies au quatrième alinéa de l'article L. 162-15, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. »	des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés. A défaut ou en cas d'opposition à cette désignation, formée dans les mêmes conditions que celles définies au quatrième alinéa de l'article L. 162-15, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. »

ARTICLE 28

REFORME DU CADRE D'AUTORISATION DES COOPERATIONS DE L'ARTICLE 51 DE LA LOI N°2009-879 DU 21 JUILLET 2009

I. Présentation de la mesure

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

- **L'évolution du dispositif d'approbation des protocoles doit permettre aux pouvoirs publics de définir le modèle de financement associé à chaque protocole de coopération qu'ils souhaitent promouvoir**

Dans le dispositif actuel issu de l'article 51 de la loi HPST, l'initiative de l'élaboration d'un protocole de coopération appartient aux professionnels de santé. Ces protocoles sont adressés à l'ARS qui les transmet pour avis à la HAS lorsqu'elle estime qu'ils correspondent à un besoin de santé sur son territoire. La HAS examine les protocoles du point de vue de leur innocuité. Si elle émet un avis favorable, l'ARS peut autoriser le protocole et, le cas échéant décider de lui attribuer un financement sur l'enveloppe du fonds d'intervention régional. Ni les ministres en charge de la sécurité sociale et de la Santé, ni les instances de l'assurance maladie ne prononcent sur l'intérêt de ces protocoles pas plus que sur les conditions pratiques de leur déploiement.

En outre, le dispositif actuel n'oblige ni la HAS ni les ARS à examiner le modèle de financement associé à un protocole de coopération. En pratique, **la très grande majorité des protocoles validés par la HAS, voire approuvés par les ARS, ne sont jamais mis en œuvre faute de financements disponibles et adéquats.**

Le problème du modèle de financement des protocoles se pose essentiellement en ville[19] où, d'une part, les professionnels ne peuvent pas facturer à l'assurance maladie des actes délégués qui ne sont pas dans leurs décrets de compétences et, d'autre part, les prescriptions réalisées par les professionnels paramédicaux ne peuvent faire l'objet d'une délivrance ou d'un remboursement en l'absence de mécanismes dérogatoires.

Des solutions ont été trouvées ponctuellement pour financer quelques protocoles ambulatoires particulièrement importants :

- ainsi, le protocole ASALEE a-t-il été financé dans le cadre du module 3 des ENMR, après avoir fait l'objet d'un modèle économique validé par le ministère et l'assurance maladie, afin de permettre sa soutenabilité financière à moyen terme (qui sera vérifiée en testant les hypothèses du modèle dans le cadre de l'évaluation). Les travaux menés dans ce cadre ont tout à la fois montré la nécessité d'un financement particulier et l'impossibilité de transposer tel quel ce modèle à tous les autres protocoles (les paramètres du modèle sont très sensibles à la nature des transferts de compétence opérés) ;
- en outre, une négociation est en cours à la CNAMTS avec les ophtalmologues et les orthoptistes pour l'inscription de l'acte de photographie du fond d'œil par les orthoptistes à la NGAP et l'acte de lecture différée du fond d'œil par les ophtalmologues à la CCAM dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique. Plusieurs protocoles de coopérations ont été acceptés sur ce thème et sont déjà mis en œuvre. Dans ce cas, le protocole répond essentiellement à une problématique de santé publique et le modèle économique sera celui de la tarification d'actes en libéral.

Cependant, les ENMR sont dans une phase d'achèvement (une prolongation des expérimentations doit intervenir mais en toute hypothèse pas au-delà du 31/12/2014) **et nombre de coopérations ne peuvent pas faire l'objet d'emblée d'une inscription d'actes à la nomenclature, sans examen de leur impact sanitaire et médico-économique dans un cadre expérimental.**

[19] En établissement de santé, le financement des coopérations est assuré via la rémunération des GHS à la T2A.

Plusieurs protocoles importants (concernant par exemple la prescription de lunettes par les orthoptistes) **demeurent sans solution de financement dans le cadre juridique actuel**. Une évolution du dispositif prévu par l'article 51 de la loi HPST permettrait d'adresser des réponses systématiques aux questions soulevées par la rémunération des coopérations en ville, tout en définissant une stratégie de déploiement des protocoles de coopération.

- **La fixation d'une durée limitée et le renforcement de l'évaluation permettraient de tirer davantage les conséquences de la mise en œuvre d'une coopération**

Le dispositif actuel ne prévoit pas de limitation dans le temps des protocoles de coopération. Or, en toute logique, à l'issue d'une durée à déterminer un protocole devrait en fonction des résultats de l'évaluation sanitaire et médico-économique, être arrêté ou, au contraire déboucher sur un élargissement des décrets de compétence des professionnels de santé, ou sur la création d'un nouveau métier.

S'agissant de l'évaluation des protocoles, elle n'est pas explicitement prévue par les textes en vigueur. En pratique, la HAS a élaboré des critères génériques d'évaluation des protocoles mis en œuvre mais ces derniers n'ont pas encore été testés. Ces critères ne relèvent pas d'une approche médico-économique.

Dans le cadre des ENMR, une limitation temporelle dans le financement de la coopération ainsi qu'une évaluation *ad hoc* ont toutefois pu être décidées avant la validation finale du protocole par la HAS, ce qui a permis d'enclencher un dialogue constructif avec ses promoteurs, de définir les règles de déploiement et le modèle économique qui sous-tend ce déploiement. Priorisation, financement limité dans le temps et évaluation ont été rendues possibles par le dispositif législatif de l'article 44 de la LFSS 2008 qui fonde les ENMR, dont l'objet est restreint aux maisons, pôles et centres de santé et qui prendra fin au plus tard en 2014.

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

Mesure proposée :

En amont de l'autorisation délivrée par les ARS:

Un avis sur l'opportunité et la durée d'une prise en charge financière dérogatoire de chacun des protocoles soumis à la HAS devra être émis, en amont de l'avis conforme de la HAS, par un "collège des financeurs" (composition définie par décret : CNAMTS, ministère…).

Le modèle économique retenu devra être validé par ce collège, sur la base du modèle économique élaboré par les professionnels de santé porteurs du protocole.

Un avis favorable sera accordé aux projets répondant aux critères suivants. Ils devront :

- concerner une priorité de santé définie au niveau national,
- générer une économie ou être neutres financièrement par rapport aux modalités actuelles de prises en charge,
- libérer du temps médical et/ou améliorer la qualité de la prise en charge.

Le respect de ces critères permet de faire l'hypothèse de l'efficience médico-économique de ces projets.

Les promoteurs de projet devront fournir les données permettant au collège des financeurs de vérifier le respect de ces trois critères. Le modèle économique devra notamment comprendre une comparaison entre un coût "de référence" (coût de la séquence de soins telle qu'elle existe aujourd'hui) et le coût prévisionnel des soins correspondants effectués dans le cadre du protocole.

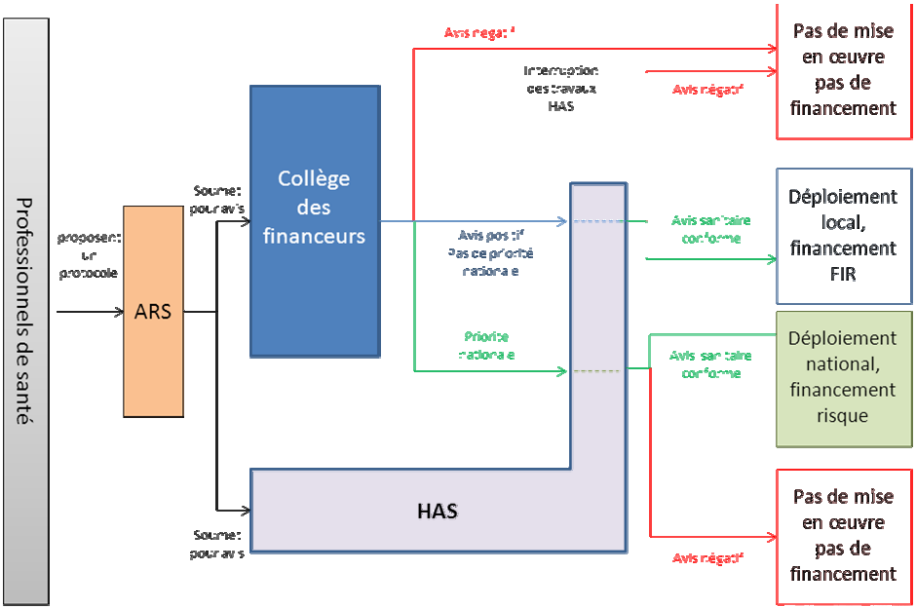
Afin d'aider les promoteurs dans l'élaboration de leur modèle économique, les modèles validés par le collège des financeurs (actuellement, seule l'expérimentation ASALEE a pu finaliser un tel modèle) seront mis à disposition des promoteurs (via les ARS).

Trois possibilités seront offertes au collège des financeurs

- **s'il retient le protocole comme une priorité, un financement dérogatoire sur le risque pourra, le cas échéant et seulement en cas d'avis conforme favorable de la HAS, être mis**

en place (sur le modèle des ENMR) pour la durée de validité du protocole par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée n'excédant pas trois ans, renouvelable une fois ;

- **si le protocole n'est pas identifié comme une priorité nationale, le comité des financeurs pourra décider de n'accorder aucun financement national tout en autorisant les ARS à financer son déploiement sur leurs crédits régionaux** : la situation ne serait alors pas différente du dispositif actuel ;
- enfin, **le comité pourrait émettre un avis négatif** ; dans ce cas, **les travaux de la HAS seraient suspendus** et aucun avis conforme ne serait rendu ; le déploiement du protocole serait ainsi interrompu.



b- En aval de l'autorisation :

Une évaluation médico-économique des protocoles relevant d'un financement dérogatoire devra être réalisée.

A l'issue de la durée initiale accordée, l'ARS transmettra au collège des financeurs et à la HAS son avis circonstancié sur le devenir du protocole (arrêt, renouvellement, intégration à la formation initiale), accompagné du résultat des indicateurs figurant dans le protocole qu'elle a autorisé (cf. arrêté du 31/12/2009).

La commission évaluation économique et santé publique (CEESP) de la HAS se prononcera, sur la base des éléments transmis par l'ARS, sur l'évaluation médico-économique du protocole. La HAS se prononcera également sur l'opportunité éventuelle d'un élargissement des décrets de compétence des professions concernées.

Sur la base des avis de l'ARS et de la HAS, le collège des financeurs se prononcera sur la suite qu'il entend donner à la prise en charge financière du protocole.

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

Cette mesure a un impact sur les dépenses de l'assurance maladie dès lors que le collège des financeurs peut décider du financement d'un protocole sur le risque.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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.

Il convient de prévoir une consultation de la HAS au sujet de la nouvelle mission relative à l'évaluation médico-économique des protocoles qui serait confiée à la CEESP dans le cadre de cette mesure.

III. Aspects juridiques

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

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

Elle relève de la seule compétence des Etats membres.

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

Oui.

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)	
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

Cette mesure aura un impact sur les dépenses de l'assurance maladie dès 2014 puisqu'elle pourra se traduire, en cas d'avis positif du collège des financeurs, par la prise en charge sur le risquedes rémunérations de professionnels de santé dans le cadre d'un protocole de coopération.

Par ailleurs, le fait de prévoir une phase d'appréciation du modèle médico-économique des protocoles avant leur éventuelle autorisation par une ARS est susceptible, en cas de déploiement du protocole, de favoriser la génération d'économies pour l'assurance maladie.

Les études existantes[20] montrent que la coopération entre professionnels de santé n'est pas systématiquement efficiente. L'impact économique d'un protocole de coopération dépend notamment des variables suivantes :

- en cas de paiement à l'acte, niveau de cotation de l'acte réalisé par les professionnels en lieu et place de professionnel délégant ;
- caractère effectif de la délégation ou redoublement d'un acte réalisé par le professionnels supposé délégant ;
- volume des actes faisant l'objet d'une coopération ;
- modalités d'utilisation du temps libéré par le professionnel délégant ;
- contexte démographique (la libération du temps médical permet-elle d'éviter une augmentation du numerus clausus des professions délégantes ?)
- impact sur l'état de santé des patients de la mise en place de la coopération (permet-elle d'éviter par exemple des hospitalisations ?)

Néanmoins, il est possible dans certains cas de chiffrer les économies générées par la mise en œuvre d'un protocole, à l'instar du chiffrage qui a été réalisé dans le cadre du déploiement national du protocole Asalée relatif à la prise en charge de patients diabétiques. Une économie pour l'assurance maladie de 0,3M€ pour 872 patients pris en charge avait alors été estimée.

Ainsi, si trois protocoles similaires à Asalée étaient financés sur le risque après avis du collège des financeurs chaque année, l'économie générée par la mesure pourrait s'élever à environ 0,9 M€.

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

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

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

[20] Voir notamment le document produit par le groupe de travail HAS présidé par Mireille Elbaum, « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », décembre 2008

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

Sans objet.

Cette mesure implique la création d'une instance dite « collège des financeurs » regroupant des représentants des régimes d'assurance maladie, du secrétariat général, de la direction générale de l'offre de soins et de la direction de la sécurité sociale.

Elle aura également un impact sur le fonctionnement de la Haute Autorité de santé dont la dont la commission évaluation économique et santé publique devra procéder à l'évaluation médio-économique des protocoles autorisés par les ARS et mis en œuvre.

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

Sans objet.

d) impact budgétaire

Sans objet.

e) impact sur l'emploi

Sans objet.

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

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

Cette mesure exige l'adoption d'un décret précisant les critères sur lesquels le collège des financeurs s'appuiera pour décider de l'opportunité et de la durée d'une prise en charge financière dérogatoire des protocoles qui auront fait l'objet d'un avis favorable. Ce décret précisera également la composition du collège des financeurs.

La mesure exige également l'adoption d'un arrêté du ministre chargé de la santé qui fixera la forme du modèle économique qui devra être soumis par les porteurs des protocoles au collège des financeurs.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non. La mesure législative s'appliquera aux projets de protocole dès entrée en vigueur du décret et de l'arrêté prévus par le code de la santé publique.

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

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'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 ?

Oui.

- nombre de protocoles ayant fait l'objet d'un avis favorable du collège des financeurs/nombre de protocoles soumis au collège des financeurs
- nombre de protocoles autorisés par les ARS/nombre de protocoles soumis au collège des financeurs
- nombre de protocoles évalués par la CEESP/nombre de protocoles autorisés par les ARS

	Article L. 4011-1-1 *nouveau* du code de la santé publique
	Un collège des financeurs émet, pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'agence régionale de santé, un avis portant sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et sa durée. *Cet avis se fonde sur le modèle économique fourni par les professionnels de santé ayant soumis à l'agence un protocole de coopération et sur des critères définis par décret. Ce décret précise également la composition du collège des financeurs.* *Cet avis est transmis à l'agence avec l'avis conforme de la HAS prévu par l'article L.4011-2.*
	Article L. 4011-1-2 *nouveau* du code de la santé publique
	Le financement dérogatoire des protocoles de coopération mentionné à l'article L. 4011-1-1 peut être autorisé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée n'excédant pas trois ans, renouvelable une fois. En tant que de besoin, ce financement peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale : 1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ; 2° 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ; 3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ; 4° Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations. Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de la décision du collège des financeurs d'autoriser le financement dérogatoire d'un protocole de coopération sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

Article L. 4011-2 *actuel* du code de la santé publique	**Article L. 4011-2 *modifié* du code de la santé publique**
Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé.	*Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé* ***et au collège des financeurs.***
Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.	*Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.*
	Ces protocoles sont accompagnés d'un modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés. Le contenu de ce modèle économique est défini par arrêté du ministre chargé de la santé.
Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.	*Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé* ***et du collège des financeurs.***
	Lorsqu'un protocole de coopération a reçu un avis favorable du collège des financeurs, les professionnels de santé transmettent à l'agence, au terme de la durée définie par ce collège, les éléments, prévus par arrêté, nécessaires à son évaluation.
	L'agence transmet ces éléments, accompagnés de son avis sur la pérennisation de ce protocole, à la Haute Autorité de santé et au collège des financeurs.
	La Haute Autorité de santé réalise une évaluation médico-économique du protocole mis en œuvre **et rend un avis concernant l'efficience et l'opportunité d'un élargissement des décrets de compétence des professionnels concernés.** ***Sur la base des éléments transmis par l'agence et de l'avis de la Haute Autorité de santé, le collège des financeurs rend un avis sur le maintien et, le cas échéant, sur la prise en charge financière du protocole, soit à titre dérogatoire pour une durée définie, soit à titre pérenne par inscription aux nomenclatures. Dans le cas d'un avis favorable du collège des financeurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut maintenir le protocole ou le proroger pour une durée qu'il fixe.***
La Haute Autorité de santé peut étendre un	

protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision. *Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.*	***Sur avis favorable du collège des financeurs**, la Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.* ~~*Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.*~~
Article L. 161-37 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 161-37 *modifié* du code de la sécurité sociale**
La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de : *1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficience. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;* *2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire ;* *3° Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;* *4° Etablir et mettre en oeuvre les procédures de*	*La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :* *1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficience. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;* *2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire ;* *3° Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;* *4° Etablir et mettre en oeuvre les procédures de*

certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;	*certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;*
5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé ;	*5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé ;*
6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;	*6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;*
7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;	*7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;*
8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants.	*8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants.*
	9° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 4011-2 du code de la santé publique sur l'efficience des protocoles de coopération autorisés par l'agence régionale de santé.
[…]	*[…]*

ARTICLE 29

EXPERIMENTATION DE FINANCEMENT D'ACTES DE TELEMEDECINE

I. Présentation de la mesure

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

La télémédecine bénéficie d'un cadre juridique (législatif et réglementaire) définissant les actes de télémédecine et les conditions de leur réalisation (contractualisation, recueil du consentement des patients, identification des acteurs, hébergement de données, etc.). Ce cadre a été complété par plusieurs guides et recommandations[21]. En dépit de ce cadre juridique et opérationnel sécurisé, les recensements réalisés par le ministère de la santé des projets de télémédecine au 31 décembre 2011 et au 31 décembre 2012 montrent que celle-ci reste pratiquée essentiellement dans les établissements de santé et peu développée (seul un projet sur deux prend effectivement en charge des patients).

L'action des pouvoirs publics doit donc porter sur le déploiement effectif des usages de la télémédecine en France.

Depuis 2012, le ministère accompagne ainsi 8 projets pilotes, déclinant trois priorités nationales (prise en charge des AVC, permanence des soins en imagerie et santé des personnes détenues), en vue de capitaliser sur leur expérience. Ces projets impliquent essentiellement des acteurs hospitaliers dans le cadre d'une prise en charge aiguë en établissements publics de santé.

Il s'agit à présent de lancer le déploiement de nouveaux usages de la télémédecine en ville et au sein de structures médico-sociales, avec les objectifs suivants :

- faciliter l'accès aux soins pour les patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales (EHPAD en particulier), notamment dans les zones sous-denses ou enclavées ;
- optimiser les parcours de santé, notamment des personnes âgées et handicapées ;
- renforcer l'efficience de la prise en charge pour les patients, à coût global au plus équivalent (voire inférieur) et la collaboration entre professionnels de santé, en favorisant notamment l'exercice regroupé.

L'expérimentation proposée décline l'engagement n°7 (« Développer la télémédecine ») du pacte « Territoire-santé » de lutte contre les déserts médicaux présentée par la ministre des .affaires sociales et de la santé le 13 décembre 2012.

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

<u>Mesure proposée :</u>

Les mesures proposées visent à autoriser l'expérimentation du financement d'actes de télémédecine dans le but d'accélérer le déploiement de nouveaux usages de la télémédecine en ville et au sein de structures médico-sociales, sur quelques régions pilotes, sur une durée de 4 ans

Cette expérimentation, fondée sur un document de cadrage national dont le pilotage reposera fortement sur les ARS, portera sur 2 modules :

- Module 1 : Activité de téléexpertise en ville sur des prises en charge ciblées (plaies chroniques), et de téléexpertise et téléconsultation dans des structures médico-sociales (multi-spécialités) ;
- Module 2 : Ajout de l'activité de télésurveillance.

[21] Guides précisant modalités de contractualisation entre les acteurs impliqués dans un projet de télémédecine (DGOS), comportant des illustrations et des recommandations de mise en œuvre (ANAP), d'infrastructures (DGOS-ASIP Santé), d'évaluation, de pilotage et de sécurité (HAS)

Il est proposé de retenir 4 régions pilotes comptant déjà plusieurs projets opérationnels impliquant des acteurs de ville et des structures médico-sociales, sélectionnées au niveau national.

L'expérimentation fera l'objet d'une évaluation, qui sera pilotée par la Haute Autorité de santé.

Il est proposé d'imputer ces dépenses innovantes selon le schéma suivant :

- l'investissement et l'aide au démarrage seront pris en charge sur le fonds d'intervention régional (FIR)
- la rémunération de l'activité moyennant la stricte identification des actes et dépenses associées seront financés sur le FIR

Autres options possibles : Le maintien du dispositif actuel de déploiement aurait pu être envisagé. Il a toutefois montré ses limites (très peu de projets sont opérationnels) et l'absence de possibilités de dérogations tarifaires est mise en avant par les acteurs comme un frein important au développement de la télémédecine en France.

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 et conduisant à des dérogations tarifaires aux actes et prestations remboursées, l'expérimentation a un impact sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie estimé à 4,1 M€ en 2014. Elle relève ainsi de 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 ?

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 :

Non pertinent (mesure 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

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
		-4.1M€ (P)	-6.6M€	-8.3M€	

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

Pour le financement de l'expérimentation, il est proposé :

- Pour la rémunération des activités : un financement de 4,1 M€ en année pleine pour 4 régions pilotes en 2014, financé par le FIR et sur l'ONDAM hospitalier (hospitalisations et passages aux urgences évités). Ce montant est prévu dans la construction de l'Ondam 2014.

  Calcul établi à partir :

  - de la patientèle médecins généralistes et des résidents des EHPAD et autres structures médico-sociales de 4 régions susceptibles d'intégrer l'expérimentation ;
  - d'un nombre d'actes éligibles à une réalisation en télémédecine ;
  - d' une tarification en téléconsultation, en téléexpertise et en télésurveillance.

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

a) impacts économiques

Sans objet

c) impacts sociaux :

Amélioration de l'accès aux soins

d) impacts sur l'environnement :

Réduction des transports par la réalisation d'actes à distance

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

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques :

Les professionnels de santé requis ou réquérants pour réaliser les actes de télémédecine, les structures médico-sociales concernées et le cas échéant les établissements de santé (requérant).

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

Mise en oeuvre de l'expérimentation par le ministère de la santé, en lien avec la CNAMTS, la HAS, l'ASIP et l'ANAP notamment.

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

Traçabilité et liquidation de la rémunération des actes de télémédecine dans le système d'information de l'assurance maladie et des ARS.

d) impact budgétaire :

Non

e) impact sur l'emploi

Pas d'impact

V. Présentation de la mise en œuvre

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

Arrêté pour le cahier des charges de l'expérimentation.

Arrêté pour le choix des régions pilotes

2. Existence de mesures transitoires ?

Néant

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

Lancement de l'expérimentation au 1er semestre 2014

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Information des patients par les professionnels de santé et les structures médico-sociales impliqués.

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 ?

Oui

ARTICLE 30

AMELIORATION DE LA PROTECTION SOCIALE DES FEMMES AFFILIEES AU REGIME DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MEDICAUX CONVENTIONNES (PAMC) EN CAS D'ARRET MALADIE LIE A LA GROSSESSE

I. Présentation de la mesure

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

Le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) permet aux professionnels de santé de bénéficier des prestations prévues pour le régime général (prestations en nature, capital décès, prestations en espèces de l'assurance maternité). En revanche, il n'existe pas de prestations en espèces de l'assurance maladie. Le régime d'invalidité ne permet de déclencher le versement d'indemnité journalière qu'à compter du 91e jour d'arrêt en cas d'incapacité médicalement constatée.

A l'instar de ce qui existe pour les salariées du régime général, en cas de grossesse pathologique, le congé maternité accordé aux assurées relevant du régime des PAMC peut être précédé d'un repos supplémentaire de 2 semaines indemnisé au titre de la maternité. En revanche, contrairement aux salariées, les assurées relevant du régime des PAMC ne peuvent bénéficier d'IJ maladie en cas de grossesse difficile nécessitant un arrêt intervenant bien avant le congé maternité. En effet, le régime invalidité-décès des PAMC ne permet le versement d'une indemnité journalière qu'à partir du 91ième jour d'incapacité de travail. Ainsi, une assurée relavant de ce régime ayant très tôt une grossesse difficile ne sera indemnisée qu'à compter de son 91e jour d'arrêt.

Cette situation fait l'objet d'une revendication récurrente des professionnelles du secteur qui pointent notamment l'impact négatif en termes d'attractivité des professions médicales pour les jeunes femmes. Deux rapports ont également souligné les difficultés posées par cette situation pour les femmes médecins notamment : le rapport de M. Legmann en avril 2010 et celui du Dr Elizabeth Hubert en novembre 2010. Cette situation pose un problème d'autant plus accru du fait de la baisse de la démographie médicale et de la féminisation de la profession. Aussi, l'amélioration de la protection maternité des femmes relevant du régime des PAMC apparaît opportune.

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

Mesure proposée :

Afin de pallier cette difficulté, il s'agirait de garantir à ces assurées, en cas d'arrêt temporaire d'activité justifié par une grossesse difficile, le versement d'une indemnité journalière forfaitaire au titre des 90 premiers jours d'arrêt. Comme pour les salariées relevant du régime général, cette indemnité serait financée par l'assurance maladie et versée à l'issue d'un délai de carence de 3 jours.

Le montant de cette indemnité pourrait être équivalent à l'indemnité journalière maladie maximale prévue au régime général, soit 42,32 € en 2013. Le coût de cette mesure est estimé à environ 2,5 M€.

Autres options possibles :

Les PAMC qui souhaitent améliorer leur protection sociale en général, et maternité en particulier, peuvent souscrire un contrat d'assurance complémentaire auprès de divers organismes. La plupart de ces contrats prévoient le versement d'indemnités journalières en cas de maladie entraînant une incapacité temporaire de travail inférieure à 90 jours et en cas de grossesse difficile, ainsi que le versement d'indemnités journalières complémentaires à l'indemnité journalière d'interruption d'activité versée pendant les congés maternité, paternité, adoption, afin de limiter la perte de revenu de ces professionnels. Les cotisations dues au titre de ces contrats sont déductibles fiscalement en application de la loi « Madelin ».

Il apparaît néanmoins que des praticiens ou auxiliaires médicaux négligent cet aspect de leur protection sociale et sont de ce fait insuffisamment protégées en cas de maladie ou au moment d'une naissance.

Une première solution alternative à la mesure proposée aurait pu consister à faciliter encore davantage le recours à ces contrats complémentaires via le renforcement de l'incitation financière qui y est attachée.

Une seconde solution alternative aurait pu consister, s'agissant de l'indemnisation des incapacités temporaires de travail inférieures à 90 jours, à modifier le règlement invalidité-décès (RID) pour diminuer cet important délai de carence. Cette solution ne permet toutefois pas de cibler le cas des grossesses difficiles le RID concernant largement toutes les causes d'incapacité de travail. En outre, elle ne permettrait pas sauf à abaisser très fortement le seuil de déclenchement de couvrir tous les arrêts liés à une grossesse difficile.

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

La création d'une nouvelle catégorie d'indemnité journalière, destinée à indemniser une incapacité temporaire de travail inférieure à 90 jours due à une grossesse difficile prend place dans la loi de financement au titre de son impact sur les dépenses des régimes d'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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 envisagée est compatible avec la directive du parlement européen et du conseil concernant l'application du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante.

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

Cette mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

Création d'un nouvel article au sein de la section 3 du chapitre 2 du titre 2 du livre VII du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

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

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui 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

Chiffrage de la mesure :

Organisme (s) impacté (s) (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en millions d'euros)** *Coût ou moindre recette (signe -), économie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2012 (rectificatif)	***2013 P ou R****	***2014 R***	***2015***	***2016***
Maladie (CNAMTS)			- 2,5M€	- 2,5M€	- 2,5M€

La mesure proposée cible l'ensemble des professionnels de santé conventionnés, sous réserve, s'agissant des médecins, qu'ils exercent en secteur 1.

	Total	Total femmes	Femmes de moins de 45 ans	Femmes relevant du régime des PAMC de moins de 45 ans
Médecins	123 156	38 408	12 288	11 601
Non médecins	396 033	187 609	82 217	77 467
Dont auxiliaires médicaux	157 751	109 353	60 839	60 780
Total	519 189	226 017	94 505	88 528

On applique aux femmes relevant du régime des PAMC de moins de 45 ans en 2012, le taux de fertilité par tranche d'âge de l'INSEE en 2012 (soit 7,3%). On obtient un nombre de femmes PAMC enceintes en 2012 d'environ 6 500. Sur ce nombre, 10%, soit environ 650 femmes, seraient susceptibles de rencontrer des problèmes lors de leur grossesse.

Si on suppose que ces 650 femmes sont indemnisées durant 90 jours à hauteur de 42 €, le coût total de la mesure est de 2,5 M€

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Sans incidence.

b) impacts sociaux

La mesure a pour effet d'améliorer la protection sociale des PAMC et de renforcer l'attractivité des professions concernées pour les jeunes femmes. Elle contribue à la protection de la santé des femmes enceintes.

c) impacts sur l'environnement

Sans incidence.

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

Cette mesure est de nature à faciliter la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle pour les jeunes femmes professionnelles de santé libérales en compensant la perte de revenu liée à l'arrêt de travail pendant la grossesse du fait d'une incapacité temporaire en lien avec cette grossesse. Elle renforce ainsi l'attractivité pour les femmes en âge d'être mère des professions concernées.

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

Cf. ci-dessous.

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

La création d'une nouvelle indemnité journalière alourdira nécessairement la charge administrative des caisses primaires d'assurance maladie et notamment celle des services chargés de vérifier les conditions d'ouverture des droits et des services chargés de la liquidation des prestations.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée à moyens constants.

e) impact sur l'emploi

Sans incidence.

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 l'IJ maladie en cas de grossesse difficile sera fixé par décret.

2. Existence de mesures transitoires ?

Aucune mesure transitoire n'est nécessaire.

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

La mesure entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2014.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses d'assurance maladie pourront informer les PAMC via le site ameli.fr.

5. Suivi de la mise en œuvre

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

Non

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

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.722-6 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.722-6 modifié du code de la sécurité sociale
En cas de maladie, maternité et décès, les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 ont droit et ouvrent droit, selon les dispositions des articles L. 313-3, L. 331-1 et L. 361-4 aux prestations prévues par le 1° de l'article L. 321-1 et par les articles L. 331-2 et L. 361-1. Le capital décès versé par application de l'article L. 361-1 correspond à une fraction du montant du revenu ayant servi de base au calcul de la cotisation de l'intéressé dans la limite du plafond prévu à l'article L. 241-3. Les prestations sont servies par les caisses primaires d'assurance maladie. Elles cessent d'être accordées suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat : 1°) au cas où la convention ou l'adhésion personnelle liant le praticien ou l'auxiliaire médical cesse d'avoir effet ; 2°) en cas de cessation, par l'intéressé, de l'exercice non salarié de sa profession ; 3°) pendant la durée de toute sanction prononcée par la juridiction compétente à l'encontre de l'intéressé et comportant l'interdiction, pour une durée supérieure à trois mois, de donner des soins aux assurés sociaux. Les prestations en espèces ne sont accordées que si les cotisations échues ont été versées par l'assuré avant l'ouverture du risque.	En cas de maladie, maternité et décès, les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 ont droit et ouvrent droit, selon les dispositions des articles L. 313-3, L. 331-1 et L. 361-4 aux prestations prévues par le 1° de l'article L. 321-1 et par les articles L. 331-2 et L. 361-1 ,ainsi qu'à celles prévues au 5° de l'article L. 321-1 selon les modalités prévues à l'article L. 722-8-2. Le capital décès versé par application de l'article L. 361-1 correspond à une fraction du montant du revenu ayant servi de base au calcul de la cotisation de l'intéressé dans la limite du plafond prévu à l'article L. 241-3. Les prestations sont servies par les caisses primaires d'assurance maladie. Elles cessent d'être accordées suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat : 1°) au cas où la convention ou l'adhésion personnelle liant le praticien ou l'auxiliaire médical cesse d'avoir effet ; 2°) en cas de cessation, par l'intéressé, de l'exercice non salarié de sa profession ; 3°) pendant la durée de toute sanction prononcée par la juridiction compétente à l'encontre de l'intéressé et comportant l'interdiction, pour une durée supérieure à trois mois, de donner des soins aux assurés sociaux. Les prestations en espèces ne sont accordées que si les cotisations échues ont été versées par l'assuré avant l'ouverture du risque.
	Article L.722-8-2 nouveau du code de la sécurité sociale
	Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou reprendre leur activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à leur grossesse. Cette incapacité temporaire de travail est constatée dans les conditions prévues au 5° de l'article L. 321-1.

	L'indemnité prévue au premier alinéa est accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité temporaire de travail et est due, pendant une période d'une durée fixée par décret, pour chaque jour ouvrable ou non. L'indemnité est servie dans les conditions et sous réserve des obligations prévues à l'article L. 323-6. Les modalités d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa, le délai et la durée maximale de versement mentionnés au deuxième alinéa sont fixées par décret. L'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa n'est pas cumulable avec l'indemnité journalière mentionnée au 2e alinéa de l'article L.722-8.

ARTICLE 31

RENOVATION DE LA PROCEDURE DE CONTRACTUALISATION SUR L'EVOLUTION DES DEPENSES DE TRANSPORTS PRESCRITS PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET EXPERIMENTATION DE NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION ET DE REGULATION DES TRANSPORTS DE PATIENTS

I. Présentation de la mesure

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

La mesure présente deux volets relatifs à la régulation et l'organisation des transports de patients :

- **Volet 1 : rénovation de la procédure de contractualisation sur l'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital et remboursées en vielle instituée par l'article 45 I de la LFSS pour 2010**

Les prescriptions de transport réalisées en établissement de santé et remboursées en ville représentent environ 63% du total des prescriptions de transport, soit 2Md€ en 2012.

En 2012, la dépense remboursée issue des prescriptions hospitalières a augmenté de +4,1% (*vs* +4,3% en 2011) alors même que l'impact tarifaire (effet prix) est plus important en 2012 (+3,4%) qu'en 2011 (0,8%). L'évolution constatée à fin 2012 est également inférieure à la projection 2012 initiale (+6,5%).

La projection 2013 d'évolution des dépenses de transport issues de prescriptions hospitalières est de 3,8%.

L'article 45 I de la LFSS pour 2010 a instauré un mécanisme de régulation de la dépense de transport prescrite par les établissements de santé et remboursées sur les soins de ville par le biais d'un mécanisme contractuel liant les établissements, les Agences Régionales de Santé (ARS) et les caisses primaires d'assurance maladie.

Ce dispositif contractuel, établi à partir d'un contrat type national, repose sur un taux d'évolution des dépenses fixé annuellement par les ministres qui permet de cibler les établissements, et prévoit la détermination d'objectifs de réduction du taux d'évolution des dépenses de transports et d'optimisation des bonnes pratiques assortis d'un mécanisme de sanction ou d'intéressement financiers.

Ce processus fait l'objet d'un chantier de gestion du risque piloté par les ARS. Si la contractualisation avec les établissements de santé a progressé entre 2011 et 2012 : 100 contrats ont été signés en 2012 sur 175 établissements ciblés (57%) contre 86 contrats sur 248 établissements ciblés en 2011 (35%), la progression reste limitée.

En effet, les ARS soulignent les difficultés de mise en œuvre de la contractualisation du fait d'une insécurité juridique sur les conditions de motivations des contrats ainsi que de la lourdeur administrative du mécanisme de contractualisation.

Afin de poursuivre la dynamique engagée sur ce secteur, de capitaliser sur cet outil de régulation et de garantir la sécurité juridique des contrats et des décisions des ARS, il apparaît nécessaire de modifier les dispositions juridiques fondant le dispositif de contractualisation.

- **Volet 2 : Expérimentation de nouveaux modes d'organisation des transports de patients**

En complément de la régulation, des expérimentations visant à jouer sur l'organisation de la commande de transports ont été lancées par les LFSS 2008, 2010 et 2013.

Il faut souligner que les expérimentations prévues en 2008 et 2010 n'ont pu donner leur pleine mesure que ce soit par défaut de motivation des acteurs (expérimentation 2008 fondée sur la gestion financière des transports par les établissements de santé), ou par manque d'incitation à agir (expérimentation 2010 visant à mettre en place des plateformes de régulation).

L'expérimentation prévue en LFSS 2013 visait à ouvrir 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 avec les transporteurs en dérogeant aux règles de tarification conventionnelles. Elle a paru prématurée pour les acteurs du transport de patient compte tenu de son impact sur les entreprises de transport.

En conséquence, en cohérence avec les enseignements tirés des difficultés des expérimentations précédentes et en tenant compte des propositions émanant du terrain (ARS, établissements de santé, CPAM, transporteurs sanitaires, taxis conventionnés), il est apparu nécessaire de reproposer un cadre d'expérimentation plus abouti, plus souple pour les acteurs locaux et prévoyant explicitement une aide au démarrage et une incitation financière.

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

Mesure proposée :

- **Volet 1 : rénovation de la procédure de contractualisation sur l'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôptial et remboursées en vielle instituée par l'article 45 I de la LFSS pour 2010**

Afin de sécuriser juridiquement les contrats prévus à l'article L 322-5-5 du code de la sécurité sociale, et ainsi permettre aux ARS d'en appliquer les effets financiers, la mesure :

- supprimer la motivation du contrat fondé sur les pratiques de prescriptions non conformes
- modifie le caractère automatique de la sanction financière en cas de refus de contractualiser

1) Suppression de la motivation fondée sur les pratiques de prescriptions non conformes

Cette suppression résulte de la pratique de contractualisation des trois dernières années. Ce mécanisme de régulation à la main des ARS, suivi et mesuré dans le cadre de la gestion du risque, doit s'appuyer sur un dialogue avec les établissements de santé sur le niveau de la dépense de transports qu'ils génèrent en ville par leurs prescriptions. Ce dialogue s'opère de manière contradictoire sur le fondement d'un bilan chiffré établi par l'assurance maladie.

L'expérience des ARS depuis 2010 sur ce chantier a montré l'impossibilité technique actuelle de prouver le caractère non conforme des prescriptions. Or, la rédaction actuelle de l'article L 322-5-5 précise que la proposition de contrat doit être cumulativement motivée par l'évolution des dépenses et le caractère non conforme des pratiques de prescriptions.

Cette double motivation rend ainsi toutes les propositions de contrats établies par les ARS fragiles juridiquement. Il est donc proposé de supprimer ce deuxième critère de motivation et de le renvoyer dans le cadre du dialogue contractuel.

2) Permettre au DGARS de juger de l'opportunité d'une sanction en cas de refus de contractualiser

L'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale prévoit que la sanction financière en cas de refus de contractualiser a un caractère automatique puisque le DGARS « enjoint » à l'établissement de verser une fraction des dépenses de transports qui lui sont rattachables.

L'expérience de trois années de contractualisation montre que ce caractère automatique a de fait conduit de nombreux DGARS à préférer la conclusion d'accords de méthode plutôt que de véritable contrats. Ils ont ainsi estimé que cette disposition s'avérait contreproductive pour le dialogue avec les établissements de santé.

En conséquence, afin de favoriser l'attractivité de ces contrats et inciter à l'utilisation de cet outil, il est proposé de laisser au DGARS la faculté de décider de l'application ou non de la sanction en cas de refus de contractualiser. Cela permettra in fine de ne pas rompre le dialogue et ainsi d'arriver à intégrer un nombre plus importants d'établissements dans le dispositif de contractualisation.

- **Volet 2 : Expérimentation de nouveaux modes d'organisation des transports de patients**

Le nouveau cadre expérimental a pour objectif de dépasser les difficultés des expérimentations antérieures.

Il prévoit la possibilité pour un établissement de santé d'organiser l'ensemble des transports qu'il prescrit et qui sont prescrits en ville pour une hospitalisation réalisés par des entreprises de transports sanitaires agréées et par des entreprises de taxis conventionnés.

Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficients en proposant au patient le mode de transport le moins onéreux compatible avec son état de santé, d'améliorer le parcours des patients en facilitant l'organisation des soins ou examens délivrés dans un même établissement de santé, de développer le transport partagé et d'optimiser le taux d'occupation des véhicules de transport des patients.

L'expérimentation s'appuiera sur une convention qui donnera lieu à consultation des organisations professionnelles. Les transporteurs devront signer la convention pour pouvoir participer et assurer les transports prescrits depuis ou vers l'hôpital expérimentateur.

Surtout, contrairement aux expérimentations antérieures, la mesure prévoit une aide financière de démarrage pour le porteur de projet ainsi qu'une incitation financière attachée à des objectifs d'économie. C'est donc un levier nouveau pour l'intérêt à agir des acteurs et principalement des établissements de santé.

Les transporteurs sont également dans ce cadre, gagnants puisque l'hôpital, par effort d'organisation interne permettra d'améliorer le taux d'utilisation des véhicules en évitant les temps d'attente à vide, les retours à vide etc.

Les patients sont à la fois assurés d'une meilleure fluidité dans leurs soins par l'assurance d'un transport adapté, sans temps d'attente inutile. Ils sont également responsabilisés sur la maîtrise collective des dépenses puisque seule la proposition de transports adaptée à leur état de santé et faite par l'établissement expérimentateur peut, pour les transports entrant dans le champ de l'expérimentation, faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Cette expérimentation ne touche pas aux transports urgents et ne remet pas en cause par son périmètre, l'expérimentation prévue par l'article 66 de la LFSS 2012 relative à l'urgence préhospitalière.

Autres options possible :

Une alternative aurait pu être de conserver le dispositif expérimental prévu par l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 en tentant de relancer son implémentation. Toutefois l'absence de mise en œuvre de la mesure est imputable au dispositif-même qui ne permettait pas de créer d'incitation financière à l'entrée dans le dispositif. Les différents acteurs ayant exprimé leurs fortes réserves, il apparaît nécessaire de proposer un nouveau dispositif pour faire évoluer les modes d'organisation des transports du patient.

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 7 M€ pour 2014 et 25 M€ pour 2015 (cf. infra).

Elle prend donc place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

Oui à l'article L 322-5-5 du code de la sécurité sociale pour le volet 1 de la mesure.

Non pour le volet 2 relatif à l'expérimentation

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Abrogation de l'article 64 de la LFSS pour 2008

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

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui Sauf Mayotte n'ayant pas la même organisation des transports de patients
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

Poursuite des économies sur les dépenses de transports liés à la dynamisation de la démarche de contractualisation : 10M€ en 2014 et 30 M€ en 2015

Les économies réalisées en 2012 sur le champ se chiffraient à 22,5 M€ pour une cible affichée de 66M€ pour une cible de 100% d'établissements ciblés ayant contractualisé. L'objectif étant de permettre une contractualisation plus large, la montée en charge sera progressive en 2014 avec une marge d'économie supplémentaire de +10 M€ soit un taux de contractualisation porté à 70%, puis un nouveau pallier en 2015 avec un taux de contractualisation de 90% et + 20M€ d'économie (soit au total 52 M€ d'économies).

Coût des expérimentations estimées de 3 à 5 M€ compensé par l'utilisation de crédits déjà mobilisés dans le cadre du FIR sur les CACQS VSL : 3M€ en 2014 et 5 M€ en 2015 pour la montée en charge

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
		+7	+25		

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

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Une rationalisation des transports sanitaires pourrait conduire à une réduction de l'émission de CO2.

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

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Concernant le volet expérimentation, les assurés seront tenus de choisir l'un des transporteurs sélectionnés par l'appel d'offres.

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

La contractualisation repose sur les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie.

La conception et la mise en œuvre de l'expérimentation sera de la responsabilité des ARS en lien avec les organismes d'assurance maladie.

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

Concernant la contractualisation, la charge administrative pour les ARS sera allégée.

Concernant le volet expérimentation, un travail important est à prévoir pour la formalisation des organisations, l'impact sur les SI pour le repérage des transports effectués par les entreprises entrant dans le champ de l'expérimentation.

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**

Modification du décret en Conseil d'Etat du 22 mars 2011 concernant le volet contractualisation (échéance 1er trimestre 2014)

Décret en Conseil d'Etat concernant la mise en œuvre de l'expérimentation (échéance printemps 2014).

2. **Existence de mesures transitoires ?**

Non.

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

La mesure sera d'application immédiate concernant la contractualisation avec les établissements de santé dépassant un certain taux d'évolution des dépenses de transports prescrites et remboursées en ville.

Elle se mettra en œuvre progressivement à compter de la fin du deuxième trimestre 2014 concernant les expérimentations.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Information par les établissements de santé expérimentateurs concernant l'organisation des transports, les modalités de proposition de transports, les entreprises conventionnées et la non prise en charge par l'assurance maladie de tout transport réalisé hors de ce cadre..

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 ?

La contractualisation fait l'objet d'un suivi dans le cadre du chantier de gestion du risque relatif au transport de patients. L'indicateur de résultat qui s'y rattache est le taux d'évolution des dépenses de transport de patients prescrits par les établissements de santé et remboursées en ville.

L'expérimentation donnera lieu à une évaluation annuelle.par les ARS sièges d'expérimentation et au terme des trois ans, un rapport sera remis au Parlement.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.322-5-5 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.322-5-5 *modifié* du code de la sécurité sociale**
Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.	Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.
Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.	Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux ~~et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1,~~ elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.
Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :	Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :
1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;	1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;
2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports.	2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports.
En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.	En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé ~~lui enjoint~~ **peut lui enjoindre** de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.
Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables,	Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables,

dans la limite du dépassement de son objectif. Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article	dans la limite du dépassement de son objectif. Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article
Article 64 *actuel* de la loi n° 2007-1786 de financement de la sécurité sociale pour 2008	**Article 64 *abrogé* de la loi n° 2007-1786 de financement de la sécurité sociale pour 2008**
De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1er janvier 2010 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sous la responsabilité des établissements de santé qui en font le choix. Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficients en facilitant la mise en place de transports partagés, notamment en recourant à des véhicules sanitaires légers ou des transports de patients à mobilité réduite. Les établissements de santé et les transporteurs sanitaires signent une convention créant des centres de régulation chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état de santé. Les entreprises de transports membres du centre de régulation doivent respecter la prescription médicalisée de transports. Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale, la dispense d'avance des frais pour l'assuré est supprimée s'il refuse la proposition de transport qui lui est faite. Dans un délai de six mois suivant la publication de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, les agences régionales de santé fixent la liste des établissements de santé entrant dans le champ de cette expérimentation. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation. Ces expérimentations font l'objet d'une évaluation annuelle et, à leur terme, d'un rapport du Gouvernement transmis au Parlement	~~De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1er janvier 2010 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sous la responsabilité des établissements de santé qui en font le choix.~~ ~~Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficients en facilitant la mise en place de transports partagés, notamment en recourant à des véhicules sanitaires légers ou des transports de patients à mobilité réduite.~~ ~~Les établissements de santé et les transporteurs sanitaires signent une convention créant des centres de régulation chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état de santé. Les entreprises de transports membres du centre de régulation doivent respecter la prescription médicalisée de transports.~~ ~~Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale, la dispense d'avance des frais pour l'assuré est supprimée s'il refuse la proposition de transport qui lui est faite.~~ ~~Dans un délai de six mois suivant la publication de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, les agences régionales de santé fixent la liste des établissements de santé entrant dans le champ de cette expérimentation.~~ ~~Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation.~~ ~~Ces expérimentations font l'objet d'une évaluation annuelle et, à leur terme, d'un rapport du Gouvernement transmis au Parlement~~
	Dispositions non codifiées
	III- A - **De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées**, à compter du 1er janvier 2014 et

	pour une période n'excédant pas trois ans, **par des** établissements de santé volontaires pour les transports de patients au départ ou à destination **de ces établissements**, autres que les transports d'urgence régulés par **les services d'aide médicale urgente**. Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficients en proposant au patient le mode de transport le moins onéreux compatible avec son état de santé, **de contribuer à l'amélioration de** l'organisation des soins ou examens délivrés dans un même établissement de **santé** et d'optimiser **l'utilisation** des véhicules de transport des patients. B. - L'expérimentation est mise en place **dans un établissement de santé par la conclusion d'une** convention entre l'établissement de santé expérimentateur, **les organismes locaux** d'assurance maladie et l'agence régionale de santé, après consultation des organisations professionnelles nationales du transport sanitaire et des taxis représentées localement. **Elle porte sur** l'ensemble des transports des patients de l'établissement réalisés par des entreprises de transports sanitaires agréées et par des entreprises de taxis conventionnées. **Pour participer à une expérimentation menée par un établissement de santé**, une entreprise de transports sanitaires agréée ou une entreprise de taxis conventionnée doit adhérer à la convention **la régissant**. Cette convention n'entre en vigueur que lorsque le nombre d'entreprises signataires garantit la disponibilité d'un parc de véhicule adapté au volume **et aux conditions** de transport définis par l'établissement expérimentateur. Par dérogation au 2° de l'article L.321-1, les transports de patient effectués par des entreprises de transports sanitaires et de taxis en dehors des conditions d'organisation définies dans la convention **ou par des entreprises n'ayant pas adhéré à la convention** ne sont pas pris en charge par les régimes d'assurance maladie à l'exception de ceux régulés par les **services d'aide médicale urgente**. L'agence régionale de santé fixe la liste des établissements de santé entrant dans le champ de **chaque** expérimentation. Elle peut enjoindre aux établissements qui donnent lieu au constat mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale de mettre en œuvre l'expérimentation définie au présent article. Le directeur **général** de l'agence régionale de santé peut attribuer un financement à l'établissement de santé pour le lancement de

	l'expérimentation. En cas de constatation d'une réduction des dépenses de transport **au cours de l'expérimentation**, le directeur **général** de l'agence régionale de santé peut **allouer une dotation d'intéressement** à l'établissement de santé. **Les sommes** attribuées **pour le lancement des expérimentations et les dotations d'intéressement sont financées par le fonds d'intervention régional**. C. - La convention d**'expérimentation** détermine : 1°les modalités d'organisation des transports **assurés au départ ou à destination de l'établissement expérimentateur, autres que les transports d'urgence régulés par les services d'aide médicale urgente ;** -2° les obligations des établissements de santé et des entreprises réalisant le transport des patients ainsi que les pénalités **versées en cas de manquement** à ces obligations ; 3° les conditions **d'attribution** d'un financement **de lancement et de dotations** d'intéressement des établissements de santé **par l'agence régionale de santé** ; 4° les modalités selon lesquelles les entreprises de transport sanitaire et les entreprises de taxis adhèrent **à la convention mentionnée au 2**° ; 5° les conditions **d'interruption** de l'expérimentation avant le terme de trois ans et de retour aux modalités de financement de droit commun ; 6° les conditions de fin de l'expérimentation à son échéance triennale et celles du retour aux modalités de financement **de droit commun**. D. - Chaque expérimentation **menée par un établissement de santé** fait l'objet d'une évaluation annuelle, conduite par l'agence régionale de santé. **Le dispositif expérimental mis en place en application du présent article fait l'objet d'un rapport d'évaluation du Gouvernement qui est** transmis au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2019. E. - Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment les conditions **de mise en oeuvre** de l'expérimentation et les modalités de financement et d'intéressement prévues par la convention **mentionnée au B**.

ARTICLE 32

SUPPRESSION DU FONDS D'INTERVENTION POUR LA QUALITE ET LA COORDINATION DE SOINS (FIQCS)

I. Présentation de la mesure

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

Depuis le transfert au fond d'intervention régional (FIR) du financement des actions régionales contribuant à la permanence des soins ou visant à favoriser un égal accès aux soins sur le territoire, le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ne prend plus en charge que :

- les actions de portée nationale concourant à l'amélioration de la qualité et la coordination des soins (4 M€, soit 6,6 % de la dotation 2013) ;
- le développement du dossier médical personnel (DMP) par le versement d'une dotation à l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP, 42,5 M€, soit 70,7 %) ;
- les contrats d'engagement de service public (CESP) via une dotation au CNG (12,9 M€, soit 21,5 %)
- les frais de gestion des instances du fonds (0,4 M€, 0,7 %).

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 (LFSS). Celle-ci est passée de 220 M€ en 2012 à 60,1 M€ en 2013 (avant mise en réserve) du fait de la création du FIR.

Les comptes du fonds sont consolidés dans ceux de la CNAMTS et la dotation fixée par la LFSS est prise en compte dans l'ONDAM.

Si le périmètre des missions du FIQCS a été réduit, sa gouvernance n'a pas évolué depuis la création du FIR. Ainsi, continuent à se réunir le comité national de gestion (CNG)[22], le conseil national pour la qualité et la coordination des soins (CNQCS)[23] et le bureau[24] du fonds. Ces trois instances définissent les orientations stratégiques du fonds et allouent des aides représentant en 2013 un montant se limitant à 4 M€ alors que leurs frais de fonctionnement sont budgétés à 0,4 M€. Cette enveloppe est aujourd'hui essentiellement consacrée au financement de l'élaboration par les groupes qualité de listes préférentielles de médicaments et l'élaboration d'un tableau de bord de médecine générale.

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

Mesure proposée :

Dans un objectif de simplification et de rationalisation, il est proposé de supprimer le FIQCS, tout en conservant, via une gestion simplifiée, une enveloppe limitée de crédits assurance maladie pour le financement au niveau national des actions de coordination des soins :

- les dotations actuellement versées à l'ASIP et au CNG seront versées directement par la CNAMTS à ces organismes au nom des régimes d'assurance maladie. Elles seront fixées par arrêté comme c'est le cas pour les autres opérateurs co-financés par l'Etat et l'assurance maladie ;

[22] Le CNG est composée de représentants des directions du ministère des affaires sociales et de la santé (DGOS, DGS, DGCS, DSS) et de l'UNCAM.
[23] Le CNQCS est composé de 32 membres, représentants du conseil de l'UNCAM, de l'UNPS, des fédérations des établissements de santé et médico-sociaux et de personnes qualifiées.
[24] Le bureau est une émanation du CNQCS et est composé de 8 membres, représentants du conseil de l'UNCAM et de l'UNPS.

- l'enveloppe des actions nationales à l'amélioration de la qualité et la coordination des soins sera également fixée par arrêté et à la charge des régimes d'assurance maladie. Elle sera prise en compte dans l'ONDAM. Les orientations stratégiques de l'allocation de ces montants seront définies par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé (CNP). La décision d'attribution des financements issus de cette enveloppe et leur allocation seront assurées par la CNAMTS, sur la base des orientations stratégiques définies par le CNP et après avis du conseil de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de l'union nationale des professionnels de santé (UNPS).

Autres options possibles :

Il aurait pu être envisagé de conserver le FIQCS mais d'en simplifier sa gouvernance. Cependant le maintien d'instances ad hoc pour un fonds de 4 M€ de budget n'aurait pas permis de diminuer les frais de gestion de manière significative et aurait mobilisé inutilement des ressources humaines et financières. La solution proposée permet à l'inverse de confier l'attribution des financements à une instance qui assume des responsabilités connexes dans le cadre du pilotage des ARS.

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

Cette mesure aura un effet sur les dépenses des régimes d'assurance maladie : la suppression du FIQCS permettra d'économiser les frais de gestion des instances du fonds. Elle entre dans le champ du monopole de la loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du V- C 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 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.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions de cette mesure figureront dans le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'outre-mer (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

La suppression du FIQCS permettra d'économiser les frais de fonctionnement de ses instances. Les dotations à l'ASIP et au CNG continueront à être prises en compte dans l'ONDAM et consolidées dans les comptes de la CNAMTS ainsi que l'enveloppe "actions nationales".

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
Régimes d'assurance maladie		+0,4			

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

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans impact

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

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

Un décret précisera les modalités pratiques de versement et de comptabilisation des aides allouées et abrogera les dispositions règlementaires relatives au FIQCS.

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 2014.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les orientations stratégiques de l'allocation des actions nationales à l'amélioration de la qualité et la coordination des soins seront diffusées aux membres du conseil de l'UNCAM de l'UNPS.

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. 221-1-1 *actuel* du code de la sécurité sociale	Article L. 221-1-1 *modifié* du code du code de la sécurité sociale
I.-Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.	~~I.-Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.~~
Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville.	~~Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville.~~
Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.	~~Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.~~
Il contribue à la mise en oeuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.	~~Il contribue à la mise en oeuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.~~
Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.	~~Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.~~
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.	~~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.~~
III.-Le fonds dispose d'un comité national de gestion associant des représentants de l'Etat et des représentants du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'un Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé de représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et de personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.	~~III.-Le fonds dispose d'un comité national de gestion associant des représentants de l'Etat et des représentants du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'un Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé de représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et de personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.~~
IV.-Sur proposition du comité national de gestion, le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins délibère sur :	~~IV.-Sur proposition du comité national de gestion, le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins délibère sur :~~
1° Les orientations stratégiques concernant les	~~1° Les orientations stratégiques concernant les~~

priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation ;	~~priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation ;~~
2° La part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville mentionnées au deuxième alinéa du I ;	~~2° La part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville mentionnées au deuxième alinéa du I ;~~
3° La dotation annuelle consacrée au financement des actions à caractère national ou interrégional ;	~~3° La dotation annuelle consacrée au financement des actions à caractère national ou interrégional ;~~
4° Le rapport d'activité annuel.	~~4° Le rapport d'activité annuel.~~
Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au comité national de gestion. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.	~~Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au comité national de gestion. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.~~
V.-Le comité national de gestion élabore les propositions présentées au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. Il attribue les aides pour les actions à caractère national ou interrégional.	~~V.-Le comité national de gestion élabore les propositions présentées au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. Il attribue les aides pour les actions à caractère national ou interrégional.~~
Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.	~~Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.~~
VI.-L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret.	~~VI.-L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret.~~
Les aides du fonds déconcentrées aux agences régionales de santé peuvent être affectées au financement des actions mentionnées au V bis de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).	~~Les aides du fonds déconcentrées aux agences régionales de santé peuvent être affectées au financement des actions mentionnées au V bis de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).~~
VII.-La composition et les modalités de fonctionnement du comité national de gestion, du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins et du bureau de ce dernier sont déterminées par décret.	~~VII.-La composition et les modalités de fonctionnement du comité national de gestion, du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins et du bureau de ce dernier sont déterminées par décret.~~
Article L. 221-1 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 221-1 *modifié* du code du code de la sécurité sociale**
La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle : 1°) d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ; 2° De définir et de mettre en oeuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les	La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle : 1°) d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ; 2° De définir et de mettre en oeuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les

règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ; 3°) de promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes prioritaires nationaux définis en application de l'article L. 1417-1 du code de la santé publique, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ; 4°) d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ; 5°) d'organiser et de diriger le contrôle médical ; 6°) d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 7°) de mettre en oeuvre les actions conventionnelles ; 8°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat. La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie.	règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ; 3°) de promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes prioritaires nationaux définis en application de l'article L. 1417-1 du code de la santé publique, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ; 4°) d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ; 5°) d'organiser et de diriger le contrôle médical ; 6°) d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 7°) de mettre en oeuvre les actions conventionnelles ; 8°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat **;** **9°) D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues à l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4 du même code.** La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie.
Article L. 1433-1 *actuel* du code de la santé publique	**Article L.1433-1 *modifié* du code de la santé publique**
Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la	Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres. Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs. Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences. Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux. Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8. Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres. Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs. Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences. Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux. Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8. Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1. **Il définit les orientations stratégiques relatives aux actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Les aides attribuées aux actions et expérimentations ainsi qu'à leur évaluation sont financées par une dotation des régimes d'assurance maladie fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.**
Article L. 116 *actuel* de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière	**Article L. 116 *actuel* 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	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.	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.	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 **composée de deux parts, l'une au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement du centre et l'autre au titre du financement des contrats d'engagement de service public**. ~~, dont~~ **L**e montant **de la dotation** 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.
Dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, le Centre national de gestion peut également assurer le remboursement des rémunérations, avantages en nature, charges sociales et taxes assises sur les salaires versés par les établissements mentionnés à l'article 2 aux praticiens hospitaliers, aux personnels de direction ou aux directeurs des soins qui y sont nommés en surnombre.	Dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, le Centre national de gestion peut également assurer le remboursement des rémunérations, avantages en nature, charges sociales et taxes assises sur les salaires versés par les établissements mentionnés à l'article 2 aux praticiens hospitaliers, aux personnels de direction ou aux directeurs des soins qui y sont nommés en surnombre.
Le Centre national de gestion exerce ses missions au nom du ministre chargé de la santé ou du directeur de l'établissement de rattachement du personnel qu'il gère.	Le Centre national de gestion exerce ses missions au nom du ministre chargé de la santé ou du directeur de l'établissement de rattachement du personnel qu'il gère.
Le directeur général du Centre national de gestion est recruté sur un emploi doté d'un statut fonctionnel dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.	Le directeur général du Centre national de gestion est recruté sur un emploi doté d'un statut fonctionnel dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.
Le Centre national de gestion emploie des agents régis par les lois n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ou n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou par la présente loi ainsi que des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition.	Le Centre national de gestion emploie des agents régis par les lois n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ou n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou par la présente loi ainsi que des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition.
Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Le conseil d'administration délibère sur un règlement fixant les conditions de leur gestion administrative et financière.	Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Le conseil d'administration délibère sur un règlement fixant les conditions de leur gestion administrative et financière.

ARTICLE 33

REFORME DU FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

I. Présentation de la mesure

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

Le modèle de financement actuel des établissements de santé appelle une rénovation profonde. Au terme de plusieurs mois de réflexion et de concertation, le projet de loi de financement de la sécurité sociale constitue une première étape dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification hospitalière. Les adaptations du modèle proposées ont fait l'objet d'échanges avec l'ensemble des acteurs hospitaliers au sein du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH), instance installée en décembre 2012 par la Ministre de la Santé.

- **S'agissant d'ouvrir la possibilité d'un financement dérogatoire des activités isolées géographiquement**

Il convient de rappeler que le modèle de paiement prospectif introduit par la T2A repose sur des modèles économiques correspondant aux équilibres moyens de gamme et de volume d'activités des établissements retenus dans l'étude nationale des coûts à méthodologie commune. La situation de certains établissements de santé induite par leur situation géographique est à ce titre particulière dans la mesure où les charges fixes ne peuvent pas toujours être couvertes du fait d'une activité insuffisante ou de nature particulière. Lorsque ces structures géographiquement isolées et qui ne peuvent atteindre un niveau d'activité suffisant pour assurer leur équilibre budgétaire doivent être maintenues pour des questions d'accès aux soins de la population, une adaptation de leur modèle de financement apparaît nécessaire.

Une étude est actuellement en cours sur le champ Médecine chirurgie obstétrique odontologie (MCO) (établissements sous T2A et ex hôpitaux locaux ayant une activité de médecine). Elle vise à proposer, au regard de critères objectivables, une adaptation du modèle de financement pour assurer la viabilité de ces activités isolées, sans surcompensation, dès lors qu'elles sont nécessaires au maillage territorial. Les projets régionaux d'organisation de l'offre de soins, en termes de restructurations ou de coopérations doivent également être pris en compte dans la détermination des établissements éligibles.

Compte- tenu de ces éléments, une modification législative ouvrant la possibilité d'ajuster le modèle de financement pour certains établissements de santé au regard de leur situation d'isolement géographique semble opportune.

- **S'agissant d'ouvrir aux établissements de santé privés la possibilité de facturer les actes et consultations externes réalisés par les médecins salariés dans les établissements de santé privés,**

Il convient de rappeler les dispositions de l'article L.162-26-1 du code de la sécurité sociale en vertu desquelles les établissements de santé privés mentionnés au d) de l'article L.162-22-6 employant des médecins salariés ne peuvent facturer leurs honoraires que lorsqu'ils sont réalisés dans le cadre des activités de soins de l'établissement.

Seuls les actes des praticiens salariés rattachés aux prestations d'hospitalisation sont ainsi susceptibles d'être facturés par un établissement de santé privé (lucratif ou non lucratif) au titre de l'activité de ces médecins. Cette disposition concerne toutes les activités de soins : MCO, services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou psychiatrie.

En conséquence, en l'état actuel du droit positif, les consultations et examens en externe, non rattachés aux prestations d'hospitalisation définis par une circulaire CNAMTS du 3 janvier 2012 comme "*les consultations et soins externes facturés sur feuille de soin, sans relation avec les prestations d'hospitalisation, y compris notamment, les consultations pré ou post anesthésiques, les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes, l'acte de gastro-entérologie rémunéré par le forfait VDE*", ne sont pas facturables par les médecins salariés exerçant en établissements de santé privés.

A contrario, les praticiens libéraux peuvent facturer ces actes et consultations externes dans le cadre de leur activité libérale, même lorsque cette activité est réalisée dans les locaux de l'établissement.

Pour les établissements publics et privés financés sous l'échelle publique (« ex-DG »), les honoraires des praticiens hospitaliers, au titre de leur activité de consultations et actes externes, sont perçus par ces établissements.

Etendre la facturation des actes et consultations en externe hors hospitalisation effectués par les praticiens salariés des établissements de santé privés (à but lucratif et à but non lucratif) est aujourd'hui justifié, non seulement au titre de l'égalité de traitement entre établissements de santé mais également en termes d'accessibilité à une offre de soins de spécialistes. En effet, le nombre de praticiens spécialistes exerçant à titre libéral, notamment en médecine physique réadaptation, est insuffisant et, il apparaît donc nécessaire de permettre aux praticiens salariés des établissements de répondre à cette demande.

- **S'agissant de la mise en place d'un mécanisme de dégressivité tarifaire individualisée,**

Il convient de rappeler que la campagne tarifaire des établissements de santé soumis à la tarification à l'activité repose actuellement, pour partie, sur une logique de régulation prix-volume annuelle à l'échelle nationale. Ce mécanisme permet une régulation globale destinée à garantir le respect de l'objectif de dépenses d'assurance maladie MCO.

Bien qu'efficace d'un point de vue macro-budgétaire, ce mécanisme n'est toutefois pas entièrement satisfaisant car il n'adresse pas d'incitation individuelle à chaque établissement à maîtriser l'évolution de son volume d'activité et notamment à favoriser la pertinence des soins.

Il est en outre en partie inéquitable vis-à-vis des établissements qui connaissent une augmentation mesurée de leur activité l'année suivante, contrairement à ceux qui ont une dynamique plus élevée et présentent des coûts marginaux d'activité en réduction pour l'activité supplémentaire.

Par ailleurs, l'outil tarifaire ne permet pas non plus de tenir compte des économies d'échelle qui peuvent exister sur certaines activités de soins.

Certains pays qui financent leurs établissements via une tarification à l'activité ont mis en place des mécanismes de régulation prix-volume individualisés, dans lesquels les séjours ne sont plus payés qu'en partie lorsque le plafond d'activité négocié en début de période est dépassé, ou lorsque certains segments de l'activité dépassent un seuil. C'est notamment le cas, en tout ou partie, de l'Allemagne, des Etats-Unis, de l'Espagne, de l'Italie, des Pays-Bas et de la Suède. L'Angleterre a également utilisé le modèle suivant en ce qui concerne la régulation de l'activité de soins des services d'urgences : le plein tarif est payé pour un volume d'activité égal à celui de l'année passée plus 3 % maximum. Une fois ce volume d'activité dépassé, les tarifs sont amputés de 50 %.

Aussi, une nouvelle étape de la régulation de l'activité hospitalière et de la dépense associée reposant sur la mise en place de mécanismes de régulation prix-volume individualisés apparait nécessaire.

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

- **S'agissant d'ouvrir la possibilité d'un financement dérogatoire des activités isolées géographiquement**

La mesure proposée consiste à insérer dans la loi le principe d'une possibilité de financement dérogatoire au modèle T2A pour ces activités compte-tenu de leur situation d'isolement géographique.

La mesure prévoit une fixation par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition de chaque directeur général d'ARS compétent, de la liste des établissements éligibles au financement spécifique.

Un décret en Conseil d'Etat viendra dans un deuxième temps définir les modalités précises d'application. Ce décret encadrera strictement les critères d'éligibilité au financement. Il précisera notamment les critères d'isolement géographique et de faible densité démographique ainsi que les autres critères d'éligibilité sur la base desquels les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale fixera la liste des établissements retenus. Il encadrera également le ou les modèles de financement adaptés.

Bien qu'intégrés aux travaux en cours, les ex hôpitaux locaux ne sont pas concernés par la disposition dans la mesure où ils disposent aujourd'hui d'une modalité de financement dérogatoire transitoire sous DAF, maintenue jusque 2015 au plus tard.

- **S'agissant d'ouvrir aux établissements de santé privés la possibilité de facturer les actes et consultations externes réalisés par les médecins salariés dans les établissements de santé privés,**

L'objet de la présente mesure vise donc à étendre le dispositif de l'article L.162-26-1 susmentionné aux actes et consultations externes et permettre ainsi de financer de manière identique pour un même périmètre d'intervention les établissements de santé.

Il convient de préciser que la facturation de ces actes et consultations doit suivre les règles fixées dans le cadre de la nomenclature des actes et que les praticiens salariés ne sont pas autorisés à facturer des dépassements d'honoraires. Le nombre d'actes ainsi facturé sera comptabilisé au sein de l'objectif « soins de ville » de l'ONDAM.

- **S'agissant de la mise en place d'un mécanisme de dégressivité tarifaire individualisée,**

La mesure proposée consiste à permettre une dégressivité des tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du I de l'article L.162-22-10.

Ce nouveau dispositif n'a pas vocation à se substituer au dispositif actuel du coefficient prudentiel mis en œuvre sur les mêmes tarifs, qui continue de s'appliquer pour permettre les mises en réserve de crédits concourant au respect de l'ONDAM.

La mise en œuvre d'un mécanisme de dégressivité a pour objet une régulation individualisée par établissement de santé des dépenses hospitalières tarifiées à l'activité sur le champ MCO à la charge de l'Assurance maladie.

Différentes modalités d'application sont ouvertes par la mesure :

- une dégressivité au-delà d'un taux d'évolution d'activité visant à mettre en place une incitation individuelle à la maîtrise de la progression de l'activité hospitalière. Elle consiste à fixer des taux d'évolution d'activité au-delà desquels les établissements de santé concernés perçoivent un tarif minoré par rapport aux tarifs nationaux. Cette modalité de dégressivité pourrait trouver à s'appliquer soit à l'ensemble des prestations d'hospitalisation soit sur des activités spécifiques.
- une dégressivité au-delà d'un certain volume d'activité visant à prendre en compte les économies d'échelle qui peuvent exister sur des activités spécifiques.

Les modalités de détermination des seuils exprimés en taux d'évolution ou volume d'activité au-delà desquels des tarifs minorés s'appliqueront ainsi que les modalités de minoration des tarifs seront définis par décret en Conseil d'Etat après concertation des acteurs concernés dans le cadre, notamment, du Comité de réforme de la tarification hospitalière.

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

Ces mesures se justifient en LFSS car elles ont un impact financier sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures (1° et 2° du C du V de l'article LO 111-3 CSS)

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 ?

Non

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

Oui

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

a) Possibilité de codification

Oui, modification des articles L.162-26-1 et L162-22-10 du CSS et création des articles L162-22-9-2 et L162-22-8-1 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
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

- **S'agissant d'ouvrir la possibilité d'un financement dérogatoire des activités isolées géographiquement**

L'impact financier de la mesure sur le financement des activités isolées est estimé à 36M€. Ce chiffrage a été réalisé à partir d'une enquête auprès des ARS doit permettre de recenser les établissements de santé qui pourraient être concernés par la problématique du financement des activités isolées. Cette estimation couvre notamment les surcoûts liés à l'intérim (une analyse complémentaire des surcoûts relatifs à l'intérim montre que les dépenses d'intérim représentent 2,3% du total des charges d'un échantillon d'établissements qui pourrait faire l'objet de la mesure contre 0,8% en moyenne au niveau national ; cela s'explique par la nécessité de répondre aux difficultés de recrutement dans ces établissements.).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P*	2015 P	2016 P	2017 P
		-36	-36	-36	-36

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

- **S'agissant d'ouvrir aux établissements de santé privés la possibilité de facturer les actes et consultations externes réalisés par les médecins salariés dans les établissements de santé privés**

C'est essentiellement dans le champ des Soins de suite et de réadaptation, où une grande part des établissements de santé fonctionnent avec des praticiens salariés, que la mesure trouvera à s'appliquer. Les dépenses supplémentaires occasionnées par la mesure peuvent être estimées comme suit :

- des consultations pré ou post hospitalisation : sur la base d'une consultation pour chaque séjour SSR réalisé dans un établissement sous OQN ayant des médecins salariés : 320 000 séjours concernés * tarif remboursé de la consultation généraliste pour la quote part de généraliste et idem pour la quote part spécialiste : 5M€ (hypothèse haute car tous les séjours de SSR ne nécessitent pas un tel type de consultation que ce soit pré ou post hospitalisation).

- des consultations d'expertise ou de proximité : sur la base de 5 consultations d'expertise de médecins spécialistes par semaine : 6,7M€ (hypothèse haute car non corrigée des jours ouvrés).

Parallèlement, cette mesure permettra d'engendrer des économies pour l'assurance maladie : actuellement, face à l'impossibilité de facturer ces actes, les établissements privilégient une prise en charge hospitalière de jour - dont le montant moyen s'élève à 164 € versus le tarif de l'honoraire, alors que les prestations délivrées pourraient, pour certaines d'entre elles, relever d'un acte ou d'une consultation externe (par exemple : épreuve d'effort en rééducation cardiaque). Si 5% des journées d'hospitalisation de jour actuellement réalisées étaient facturées en consultations externes, l'économie réalisée s'élèverait à 5,7M€.

Sur ce point, une instruction précisera aux établissements de santé ce qui relève d'une consultation, désormais facturable, et non d'une hospitalisation de jour.

Au global, sur le champ SSR le mesure pourrait ainsi induire un surcoût net de l'ordre de 6M€.

En psychiatrie, cette mesure ne devrait pas avoir d'impact, les praticiens étant quasi-exclusivement libéraux.

En MCO, l'impact de cette mesure sera essentiellement concentré sur les activités de soins de dialyse, où certaines structures privées associatives fonctionnent avec des médecins salariés. D'après la SAE 2012, les structures de dialyse associatives privées ex OQN, déclarent 105 ETP de médecins salariés. Ainsi, si on considère que chaque médecin réalise 14 consultations externes sur 1 journée, dont 7 consacrés aux patients pré-IRCT et 7 consacrées aux patients suivis de greffe, cela représente 1,42M€ par an ou **2,84M€ par an** avec une hypothèse haute de 2 journées de consultations par semaine.

Ainsi, au total, cette mesure devrait représenter **un surcoût pour 2014 de l'ordre de 9M€.**

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P*	2015 P	2016 P	2017 P
		-9	-9	-9	-9

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

- **S'agissant de la mise en place d'un mécanisme de dégressivité tarifaire individualisée,**

La mesure proposée permet la mise en place d'une dégressivité des tarifs de prestation lorsqu'un établissement de santé dépasse une certaine dynamique d'activité. La mesure permet ainsi d'adresser à chaque établissement une incitation individuelle à maîtriser l'évolution de son volume d'activité et notamment à favoriser la pertinence des soins et la réduction des inadéquations hospitalières.

Elle doit ainsi permettre de contenir la tendance observée ces dernières années sur la dynamique des dépenses relatives aux séjours et séances d'hospitalisation, qui est de l'ordre de +2.7% en moyenne

sur les 3 dernières années. L'Etat du Marineland aux USA a mis en place ce type de mécanisme et a pu constater son impact progressif sur l'infléchissement de la tendance. Dans l'hypothèse d'une inflexion progressive de la tendance en 5 ans à 2%, et compte-tenu d'une assiette de dépenses de séjours estimée à 39,5Md€, l'impact financier potentiel de la mesure serait de 55M€ en 2014 et sur les années suivantes.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P*	2015 P	2016 P	2017 P
		+55	+110	+165	+220

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

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

a) impacts économiques

L'impact de l'ouverture des actes et consultations externes est faible au vu du montant de l'ODMCO et de l'OQN.

L'impact économique est potentiellement important pour les établissements isolés qui bénéficieront de financements ajustés.

La dégressivité tarifaire aura un impact économique sur les établissements qui se situeront au-delà des seuils fixés. L'ampleur de l'impact sera dépendante du niveau des seuils et du niveau de minoration des tarifs.

b) impacts sociaux

Non

c) impacts sur l'environnement

Non

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

Non

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

a) impact sur les personnes physiques

Non

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

Oui, en ce qui concerne les mesures sur la dégressivité tarifaire et le financement des actes et consultations externes. Elles auront un impact sur les flux de facturation et donc sur les caisses de la sécurité sociale.

Concernant la mesure sur le financement des activités isolées, elle n'aura pas d'impact.

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

Oui, la mesure sur la dégressivité nécessite une amélioration du suivi des dépenses par établissement et donc une meilleure articulation entre les données PMSI et les flux de facturation.

Quant à la mesure de financement des actes et consultations externes, elle nécessite d'élargir le suivi des dépenses existant.

d) impact budgétaire

Oui

e) impact sur l'emploi

Non

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

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

- Financement des activités isolées : DCE à publier avant la fin de l'année et arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale fixant la liste des établissements avant le 1er mars 2014.
- Dégressivité tarifaire : DCE à publier avant le 1er mars 2014

L'ouverture des actes et consultations externes prévue par la modification de l'article L.162-26-1 du CSS ne nécessite pas de texte d'application. Une instruction sera adressée aux ARS sur les afin de préciser aux établissements de santé ce qui relève d'une consultation, désormais facturable, et non d'une hospitalisation de jour.

2. Existence de mesures transitoires ?

Cette mesure est d'application immédiate, sous réserve de l'application des décrets.

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

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

	Article L162-22-8-1 nouveau du code de la sécurité sociale
	Les activités mentionnées au 1° de l'article L.162-22 exercées par des établissements de santé situés dans des zones de faible densité de population et répondant à des critères d'isolement géographique, peuvent être financées selon des modalités dérogatoires aux dispositions des articles L.162-22-6 et L.162-22-10 lorsque les prestations d'hospitalisation qu'ils assurent et leur situation financière le justifient. Ces modalités de financement, les critères permettant de caractériser ces zones, ainsi que les critères d'éligibilité des établissements tenant à la nature des prestations d'hospitalisation qu'ils assurent et à leur situation financière sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. La liste des établissements auxquels s'appliquent les modalités de financement définis au premier alinéa est fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition, pour chaque région, du directeur général de l'agence régionale de santé.
Article L162-26-1 *actuel* du code la sécurité sociale	**Article L162-26-1 *modifié* du code la sécurité sociale**
Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article L. 162-22-6 du présent code emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires liés afférents à ces activités peuvent être facturés par établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles.	Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article L. 162-22-6 du présent code emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié, les honoraires liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens peuvent être facturés par ledit établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles.
	Article L.162-22-9-2 *nouveau* du code de ma sécurité sociale
	L'Etat peut fixer, pour tout ou partie des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L.162-22, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volumes d'activité. Lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation d'hospitalisation d'un établissement de santé soumise aux dispositions du premier alinéa est supérieur au seuil fixé en application de celui-ci, le tarif national mentionné au 1° du I de l'article L.162-22-10 applicables à la prestation concernée est, pour la part d'activité réalisée au-delà de ce seuil par l'établissement, minoré. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités

	d'application du présent article, notamment les critères pris en compte pour fixer les seuils, les modalités de mesure de l'activité et de minoration des tarifs ainsi que les conditions de mise en œuvre des minorations après constatation du dépassement du seuil fixé pour une activité.
Article L.162-22-10 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.162-22-10 *modifié* du code de la sécurité sociale**
I.-Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :	I.-Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :
1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;	1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;
2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;	2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;
3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;	3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;
4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1.	4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 ;
	5° Les seuils mentionnés à l'article L.162-22-9-2.
Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés au 2° le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis.	Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés aux 2° **et 5°** le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis.
II.-La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile.	II.-La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile.
II bis.-Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de	II bis.-Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de

dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations.	dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations.
III.-Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.	III.-Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.
IV.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.	IV.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.

ARTICLE 34

EXPERIMENTATION DE LA TARIFICATION AU PARCOURS POUR L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE ET LE TRAITEMENT DU CANCER PAR RADIOTHERAPIE

I. Présentation de la mesure

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

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, qui vise à promouvoir et à renforcer la logique de parcours de soins, il est proposé de conduire deux expérimentations, l'une portant sur le champ du traitement du cancer par radiothérapie, l'autre sur celui de l'insuffisance rénale chronique (IRC).

Ces deux expérimentations portent sur les modèles de financement relevant de ces activités et visent à améliorer l'organisation et la qualité des soins par une meilleure coordination entre les différents acteurs, en tenant compte des évolutions de ces activités.

Problématiques identifiées :

Les problématiques identifiées diffèrent selon les deux activités de soins concernées :

a. La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Dans le cadre des Etats généraux du Rein (EGR) de juin 2013, initiés par les patients et auxquels ont participé l'ensemble des acteurs (professionnels de santé et sociaux, sociétés savantes, syndicats médicaux, fédérations hospitalières, institutions, ARS…), a été affirmée la nécessité d'améliorer le parcours de soins des patients atteints d'IRC. Le rapport des EGR fait apparaître que « les parcours sont caractérisés par une forte discontinuité, une réponse rarement globale, une arrivée en urgence dans un tiers des cas, un défaut d'orientation vers le traitement le plus efficient (…). La gouvernance clinique reste à parfaire». Par ailleurs, les SROS-PRS des ARS soulignent la nécessité de développer les prises en charge hors centre en augmentant sensiblement les implantations de DP, UDM et d'AD.

La prise en charge transversale de l'IRC, en tant que maladie chronique, fait appel à de nombreux intervenants, avec pour conséquence un cloisonnement préjudiciable à la coordination et à la fluidité des parcours des patients.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, afin de favoriser une approche plus intégrée et plus adaptée des modalités de prise en charge des patients, il est proposé d'expérimenter des projets pilotes mettant en œuvre de nouvelles modalités de financement, destinées à fluidifier et à optimiser les parcours de soins coordonnés des patients atteints d'IRC, avec pour objectifs :

- de réduire le nombre de nouveaux arrivants au stade 5 (insuffisance rénale chronique terminale ou phase de suppléance, IRCT) chaque année du fait d'une conservation de la fonction rénale ;
- de limiter le nombre dialyses en urgence ;
- d'organiser la phase d'aggravation pour préparer le traitement de suppléance en orientant le patient vers la modalité la plus efficiente ;
- de développer les prises en charge de proximité (dialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM), l'autodialyse (AD) et la dialyse péritonéale (DP) à domicile), ce type de prise en charge présentant un intérêt pour le patient en termes notamment d'autonomie et un intérêt économique pour l'assurance maladie.

Ces expérimentations s'inscriront dans une démarche nationale globale visant à mobiliser l'ensemble des leviers de nature à améliorer et à optimiser la prise en charge de l'IRC. Le développement de la greffe et du prélèvement devra de ce point de vue également être favorisé.

La mise en place de parcours de soins, au sein desquels serait organisée une concertation des différents professionnels, devrait permettre d'améliorer l'identification des patients, leur orientation et leur prise en charge.

b. Le traitement du cancer par radiothérapie

- Une tendance à l'augmentation des dépenses totales de radiothérapie ces dernières années, dans un contexte général de nécessaire maîtrise des dépenses imputées sur l'ONDAM.

Il est nécessaire de réguler le taux de croissance constaté des coûts de la radiothérapie pour l'assurance maladie (les dépenses totales de radiothérapie progressent alors que le nombre de patients et de traitements de radiothérapie reste stable) :

  - dépenses 2012 du secteur public et ESPIC (volume économique de l'activité des établissements de santé) ; données ATIH : 432,17 millions d'euros (+6,7% par rapport à 2011) ;
  - dépenses 2012 du secteur privé (volume économique de l'activité de radiothérapie des radiothérapeutes libéraux) ; données CNAMTS : 388 millions d'euros (+7,3% par rapport à 2011).

- Des modalités de financement et de construction tarifaire de la radiothérapie hétérogènes selon le secteur d'activité :
  - harmoniser les systèmes de financement actuellement distincts entre secteurs, afin de tendre vers une neutralité du statut juridique de la structure et du mode d'exercice ;
  - assurer une meilleure pertinence des systèmes de financement : actuellement, le modèle est fondé sur la séance pour le secteur public ; sur la dose totale d'irradiation accompagnée de suppléments techniques pour le secteur privé libéral ;
  - améliorer la lisibilité du financement en identifiant les charges de l'acte médical/intellectuel et celles du fonctionnement de la structure ;
  - disposer d'un recueil d'information exhaustif pour l'ensemble des secteurs d'activité afin d'assurer une transparence de l'information médicalisée.

- Une forte évolutivité de l'activité de radiothérapie (équipements, techniques, protocoles médicaux, pratiques, logiciels) pas assez prise en compte dans le modèle actuel :
  - mieux prendre en compte dans le financement le parcours du patient lors de son traitement de radiothérapie ;
  - mieux prendre en compte les impératifs de sécurité et de responsabilité médico-légale, notamment l'organisation de la radioprotection ;
  - faciliter la généralisation des techniques validées par la HAS, les moins irradiantes et considérées comme « standard » dans d'autres pays ;
  - désinciter aux techniques non appropriées ;
  - prendre en compte l'émergence de nouveaux protocoles médicaux permettant de délivrer des traitements d'efficacité comparable avec un nombre réduit de séances.

Il apparaît nécessaire de moderniser le système actuel de financement de la radiothérapie afin de l'adapter aux enjeux de l'évolution de l'activité et qu'il devienne incitatif aux bonnes pratiques pour une meilleure prise en charge des patients et une optimisation de la dépense publique.

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

a. L'insuffisance rénale chronique

La mesure proposée vise à instaurer un cadre juridique et financier *ad hoc* permettant de déroger aux règles actuelles régissant les modalités de financement des acteurs de santé (établissements de santé et médico-sociaux, professionnels de santé, biologie médicale comprise, professionnels médico-sociaux…) contribuant à la prise en charge coordonnée des patients atteints d'IRC, sur la base notamment des travaux de la HAS relatifs aux parcours de soins des patients atteints d'IRC.

Ce cadre devra notamment permettre d'envisager l'attribution d'un financement global, au titre des dépenses d'assurance maladie, à un promoteur/porteur de l'expérimentation, pour le parcours IRC ou un segment de celui-ci. Ces parcours seront structurés et évalués (dépistage bilan, suivi, information/annonce, éducation thérapeutique, réunions de concertation pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles pour l'orientation des patients) en utilisant des outils adaptés (dossier commun, télémédecine…). Le financement de l'expérimentation pourrait comprendre un financement « forfaitisé » du parcours ou segment du parcours, ainsi que la coordination du dispositif et la mobilisation des indicateurs d'évaluation. Le promoteur du projet pourrait être chargé de la répartition de l'ensemble des crédits alloués à l'expérimentation entre les différents acteurs partenaires de la prise en charge.

Cette mesure s'adresse aux patients qui font l'objet d'une prise en charge à 100%, pour garantir une égalité de traitement en matière de prise en charge, ce, que les patients restent dans le régime de droit commun ou entrent dans le cadre de la présente expérimentation.

Un décret en Conseil d'Etat encadre les conditions de mise en œuvre des expérimentations et fixe le cahier des charges national, ainsi que les modalités par lesquelles il est permis de déroger au cadre juridique de droit commun, notamment en matière de financement. Ce cahier des charges précise les objectifs et les acteurs de la prise en charge, les étapes du parcours de soins, les interventions à réaliser, ainsi que les indicateurs d'évaluation (en termes de résultats de santé et d'impact médico-économique).

Un arrêté pris par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine, sur proposition des agences régionales de santé, la liste des établissements de santé et médico-sociaux, des professionnels de santé, biologie médicale comprise, y participant**,** ainsi que son cadrage organisationnel et financier.

Les expérimentations menées font l'objet d'une évaluation visant à mesurer les impacts en termes de résultats de santé et d'économies réalisées à travers :

- un bilan annuel réalisé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à partir des rapports des ARS concernées ;
- une évaluation externe réalisée au terme de l'expérimentation, sur la base d'indicateurs définis nationalement avec l'appui de la HAS.

b. La radiothérapie

Il est proposé de construire un modèle intégré de financement, qui serait dans un premier temps expérimenté sur les prises en charge de radiothérapie concernant le sein et la prostate :

- le cancer du sein correspond à environ 30 % de l'activité totale de la radiothérapie. Sa prise en charge par radiothérapie est relativement bien « protocolisée » ;
- le cancer de la prostate correspond à 20% de l'activité totale et implique des traitements utilisant des techniques qui participent à la diffusion de l'innovation en radiothérapie.

Ce modèle ne serait plus fondé sur la séance ou sur la dose totale d'irradiation, mais comprendrait tous les paramètres du traitement itératif du cancer par radiothérapie dispensé au patient.

Ce modèle serait applicable à l'ensemble des acteurs (secteurs public et privé), et fondé sur un recueil exhaustif de l'activité, une étude de coûts, et des référentiels de pratiques à jour et validés. Ces éléments constituent les travaux préalables au déploiement effectif du nouveau modèle de financement.

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

La mesure proposée vise à instaurer un cadre juridique et financier *ad hoc* permettant de déroger aux règles actuelles régissant les modalités de financement des acteurs de santé contribuant à la prise en charge du patient dans le cadre des deux activités de soins précitées.

a. L'insuffisance rénale chronique

La place de cette mesure en LFSS est justifiée par son impact financier sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures (1° et 2° du C du V de l'article LO 111-3 CSS).

b. La radiothérapie

La place de cette mesure en LFSS est justifiée par son impact financier sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures (1° et 2° du C du V de l'article LO 111-3 CSS).
L'expérimentation, applicable aux secteurs hospitalier et libéral, requiert notamment, s'agissant des centres privés libéraux de radiothérapie, une mesure législative dérogatoire aux conventions médicales fixant les modalités de financement des professionnels libéraux par l'Assurance maladie.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 ?

NON

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

OUI

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

a) Possibilité de codification

Non pertinent, s'agissant de mesures expérimentales.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

NON

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

OUI

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

a. L'insuffisance rénale chronique

Les éléments d'impact financier sont fondés sur la base de 5 expérimentations pour une période maximale de quatre ans à compter de juillet 2014.

Economies attendues du dispositif :

Considérant **la phase de pré-IRCT,** pour la 1ère année, étant donné la date de début des expérimentations, l'impact sera nul en termes d'économies sur l'ONDAM mais dès la 2nde année, la mesure engendrera un potentiel d'économies évalué comme suit.

Ces économies seront réalisées majoritairement sur l'ODMCO dans la mesure où il s'agit d'une diminution du nombre de patients en dialyse :

Hypothèse de – 5% de patients n'atteignant pas le stade IRCT donc non dialysés, soit – 30 patients sur 600 concernés/territoire.

Soit, pour 5 territoires, 150 patients qui ne seront pas dialysés et qui auraient pu être répartis ainsi selon les modalités incidentes à J 90 de dialyse observés dans le registre REIN : 110 en HD en centre[25] ; 12 en UDM ; 11 en autodialyse ; 17 en DP à domicile. Sur la base des tarifs de chacune de ces modalités, **l'économie se situe à 11,2 M€ d'euros en année pleine**.

Considérant la phase d'IRCT, les prises en charge hors centre (UDM, AD, DP à domicile) présentent un coût inférieur à celui de la dialyse en centre. Le développement attendu de ces prises en charge permettra donc la réalisation d'économies.

Le montant de ces économies peut être évalué comme suit, sous réserve des travaux de la HAS – conclusions de l'étude médico-économique / recommandations relatives aux stratégies efficientes de prise en charge de l'IRCT – attendues pour la fin de l'année 2013 :

Hypothèse par territoire de 570 patients devant être dialysés (600 – 30) qui peuvent être répartis ainsi : 415 en dialyse en centre ; 155 en dialyse hors centre (47 en UDM ; 42 en autodialyse ; 66 en DP à domicile).

Si le volume de patients pris en charge en centre diminue de 5% à la faveur de l'une des prises en charge hors centre précitées (tendanciel en cohérence avec les objectifs définis par les ARS), une

[25] Y compris patients en entrainement

économie peut être générée concernant les 21 patients réorientés sur chaque territoire, soit 105 patients pour 5 territoires,

Sur une économie par patient évaluée à 25 000 euros (écart moyen entre le coût de la dialyse en centre et le coût de la dialyse hors centre, toutes modalités confondues), **l'économie totale pourrait s'élever à 2,6M€ en année pleine.**

Financement des expérimentations

Considérant **la phase de pré – IRCT** , le financement de chaque expérimentation sera effectué via le FIR, afin de permettre l'attribution du financement quel que soit le promoteur.

Le surcoût par patient, par rapport aux financements pré-existants, serait de l'ordre de 835 euros (mise en place du parcours de soins avec la coordination et le suivi évaluatif, réunion de concertation, annonce IRCT …), soit sur 5 territoires de santé et pour 600 patients en moyenne par territoire : **2,5 M€ par an.**

L'impact pour la 1ère année serait limité à 1,25M€ (début de l'expérimentation en juillet 2014).

Aussi, le financement pour 2014 pourra être effectué par mobilisation de mesures nouvelles attribuées au FIR pour 2014.

Pour la deuxième année, le coût de la mesure sera de 2,5M€. Pour la dernière année, viendra s'ajouter au financement du coût de l'expérimentation, le coût de l'évaluation externe, estimé à 0,15M d'euros, soit un coût total de 2,65M€.

Considérant la phase d'IRCT, il n'y aura pas de surcoût par rapport aux financements actuels. Il s'agit d'attribuer à un établissement de santé l'ensemble des financements actuellement octroyés à titre individuel.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*					
	2013 (rectificatif)	***2014 P ou R***	***2015***	***2016***	***2017***	***2018***
		-1,25M€*	**+11,3M€** (-2,5M€+13,8M€)	**+11,3M€**	**+11,3M€**	**+ 5,5 M€** (-1,25+6,9-0,15)**

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

* dépenses sur 6 mois

** dépenses sur 6 mois incluant le coût de l'évaluation [0,15M€ en 2018 (la durée maximale de l'expérimentation ayant été portée à 4 ans)]

b. La radiothérapie

La mesure proposée d'un modèle de financement intégré, intrinsèquement incitatif aux bonnes pratiques et forfaitaire, doit permettre de limiter le caractère inflationniste des dépenses de radiothérapie, en contenant la tendance observée ces dernières années à l'accroissement des coûts de cette activité pour l'assurance maladie, dans un contexte de stabilité globale du nombre de patients et de traitements réalisés.

Il s'agit d'une mesure de régulation et d'optimisation de la dépense publique, dont l'impact financier a été évalué ci-dessous.

La mise en place de la mesure PLFSS 2014 devrait permettre de contenir le tendanciel d'augmentation des dépenses de radiothérapie dès 2015 (stabilisation de la masse financière dédiée à cette activité et donc économie nette pour l'assurance maladie liée à cette absence de croissance).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
Assurance maladie		**- 0,3 M€**	**+11,67M€** ***	**+14M€**	+14M€

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle
***sur 10 mois
****sur 2 mois

Détail des calculs de l'impact financier de la mesure :

A. *Impact financier 2014*

Comme précisé ci-dessus, la construction du modèle de financement nécessite notamment la réalisation en 2014 d'une enquête de pratiques et d'une étude de coûts auprès des structures de radiothérapie.
Ces travaux, qui seront pilotés par l'ATIH avec l'aide d'un prestataire extérieur, requièrent un accompagnement des centres participant aux enquêtes[26], dont le coût est évalué à 300 000 € :

- accompagnement sur site des centres de radiothérapie participant aux enquêtes, supervision et assistance téléphonique
- mise à jour des systèmes d'information des centres pour permettre l'export de données

B. *Impact financier 2015*

Sans la mise en place de la mesure proposée, le maintien du tendanciel de croissance des dépenses d'activité de radiothérapie pour les prochaines années conduirait à la poursuite de l'augmentation globale du volume économique de l'ordre de 7,0% par an (taux de croissance observés en 2011 et 2012).

On peut considérer que la mesure proposée conduira à une régulation du taux de croissance des dépenses sur les localisations visées par l'expérimentation (sein et prostate), représentant environ 50% de l'activité de radiothérapie, et permettra une maitrise du taux de croissance des dépenses totales de radiothérapie.

Sur la base d'une hypothèse de réduction de moitié du taux de croissance des dépenses pour ces localisations, la mesure permettra d'éviter dès 2015 une dépense pour l'assurance maladie d'au moins 14 millions d'euros en année pleine.

c. Impact global

[26] Une soixantaine de centres pourraient participer à l'enquête de pratique ce qui représente environ 1/3 des centres des différents secteurs

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
Assurance maladie		**-1,55M€**	**+22,97M€**	**+25,3M€**	**+25,3M€**

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

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

a) Impacts économiques

Pour la radiothérapie, la mesure proposée permettra de contenir l'augmentation observée des dépenses d'assurance maladie pour ce qui concerne l'activité de radiothérapie.

Cette mesure a un coût de mise en oeuvre en 2014 mais devrait permettre dès la mise en place effective du nouveau modèle de financement de la radiothérapie de mieux réguler les dépenses d'assurance maladie.

Pour l'insuffisance rénale chronique, la mesure proposée permettra d'éviter des prises en charge en urgence, et de favoriser une orientation vers des prises en charge de proximité, adaptées au patient, et moins coûteuses.

Cette mesure a un coût de mise en oeuvre lié à la mobilisation des acteurs, mais devrait permettre, dès la mise en place effective du nouveau modèle de financement sur tout ou partie du parcours de l'IRC de diminuer les dépenses d'assurance maladie.

b) Impacts sociaux

Non

c) Impacts sur l'environnement

Non

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

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

Les mesures proposées permettront d'instituer des modèles de financement prenant mieux en compte les parcours des patients, les évolutions des techniques et des prises en charge, ainsi que l'organisation de la qualité et la sécurité des soins.

Cependant, l'évolution de ces modèles de financement ne devra pas avoir d'impact financier sur le reste à charge patients.

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

Non

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

Ces mesures pourront impliquer une évolution des systèmes d'information des acteurs.

d) Impact budgétaire

Non

e) Impact sur l'emploi

Non

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

1. **Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**
   - Pour l'insuffisance rénale chronique
     i. Décret en Conseil d'Etat : publication fin 2014
     ii. Arrêtés des ministres de la santé et de la sécurité sociale : fin 2014/début 2015
   - Pour la radiothérapie
     i. Décret en Conseil d'Etat : publication fin 2014
     ii. Arrêtés des ministres de la santé et de la sécurité sociale : fin 2014/début 2015
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**

   Non
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 ?
  Evaluation finale à l'issue de l'expérimentation.

	Article 34 LFSS 2014
	I. - A.- Des expérimentations peuvent être menées à compter du 1er juillet 2014, et pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, et relevant de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il est dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, 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 même code 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 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 et 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 mentionnés au I de l'article L. 313-12 du même code B.- Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en œuvre des expérimentations, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire, et, le cas échéant, médico-social et social des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission. Le contenu de chaque projet pilote est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur proposition d'une ou plusieurs agences régionales de santé. Le cahier des charges détermine les catégories d'établissements de santé et médico-sociaux et de professionnels de santé participant au

	projet pilote. Le projet pilote est mis en œuvre par le biais d'une convention conclue entre la ou les agences régionales de santé concernées, les établissements de santé et médico-sociaux et les professionnels de santé pour la durée de l'expérimentation. C.- En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation des projets pilotes est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement. II.-A.- Une expérimentation peut être menée à compter du 1er mars 2014 et pour une période n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses et traitées par radiothérapie externe et relevant de l'article L. 324-1. La liste des affections concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Participent à l'expérimentation les titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par radiothérapie pour les affections concernées au titre des articles L. 6122-1 et L. 6122-3 du code de la santé publique. Pour la mise en oeuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13, aux conditions de rémunération des médecins prévues à l'article L. 162-2, ainsi qu'aux règles relatives aux relations conventionnelles entre les médecins et les organismes d'assurance maladie fixées aux articles L. 162-5 à 162-5-17. B.- Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission. C.- En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement.

ARTICLE 35

FLEXIBILITE DES SOUS-OBJECTIFS DE L'ONDAM ET ASSOUPLISSEMENT DES REGLES DE FONGIBILITE

I. Présentation de la mesure

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

Afin de fluidifier les parcours de soins et d'éviter les ruptures de prises en charge, il est nécessaire d'introduire davantage de souplesse dans l'utilisation des crédits provenant des différents sous-objectifs de l'ONDAM.

Le constat 2012 fait apparaître que les opérations de fongibilité validées n'ont représenté que 0,02 % de l'ONDAM total. Cette faible utilisation ne permet pas de faire de ce dispositif un outil efficace au service des ARS à l'heure où celles-ci doivent mettre en œuvre des organisations efficientes de l'offre de soins régionale.

La principale explication mise en avant par les acteurs concernés est le caractère trop restrictif de la fongibilité. Les opérations de fongibilité doivent en effet nécessairement se rattacher à un transfert ou à une création d'activité. Elles ne permettent donc pas, par exemple, de procéder à des rééquilibrages plus larges entre les différentes enveloppes selon les besoins constatés et les orientations nouvelles à développer, ni d'accompagner de façon plus globale les politiques de réorganisation régionale de l'offre de soins.

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

En réponse, la mesure proposée vise à donner une plus grande souplesse de gestion aux régions, en permettant des transferts de crédits entre la dotation annuelle de financement et le fonds d'intervention régional.

Il est pour cela proposé de créer un taux de flexibilité permettant aux ARS de transférer un pourcent des crédits des enveloppes DAF et FIR entre elles. La mesure proposée constitue une amorce à la mise en œuvre d'un cadre de gestion plus souple pour les ARS.

Une instruction viendra préciser aux agences régionales de santé chaque année le montant maximal pouvant être transféré, correspondant au taux de 1% de flexibilité fixé et du montant régional des enveloppes concernées et, prévoira, notamment, les circuits de remontée de l'information et la date limite pour informer l'échelon central de ces transferts, du fait de la nécessité de les prendre en compte pour corriger le montant des objectifs nationaux impactés.

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

Cette mesure trouve sa place en LFSS en tant qu'elle modifie les règles relatives à la gestion des risques ou les règles d'organisation ou de gestion interne des régimes obligatoires de base au titre du 3° du C du V de l'article LO 111-3 CSS, en permettant des opérations de transfert entre sous-objectifs de l'ONDAM.

Sa mise en œuvre nécessite la modification des articles des codes de la sécurité sociale et de la santé publique relatifs aux différents sous-objectifs de l'ONDAM.

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

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

des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 des dispositions codifiées dans le code de la sécurité sociale et dans le 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

La mesure autorise des transferts entre sous-objectifs de l'ONDAM, mais ces transferts sont neutres au niveau du montant global de l'ONDAM.

En revanche, cette mesure participe à introduire une logique de gestion des crédits par les ARS plus décloisonnée et ainsi plus vertueuse, pouvant aboutir à des économies indirectes liées à la meilleure organisation du système de soins générant une efficience des parcours de soins.

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

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

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

a) impacts économiques

La mesure pourra avoir un impact économique indirect, via les recompositions de l'offre de soins qu'elle vise à inciter.

b) impacts sociaux

La mesure pourra avoir un impact social indirect, via les recompositions de l'offre de soins qu'elle vise à inciter.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

La mesure pourra avoir un impact indirect sur les assurés, via les recompositions de l'offre de soins qu'elle vise à inciter.

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

La mesure permet de donner plus de souplesse financière à l'action locale des ARS.

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

Les systèmes d'information déjà utilisés dans le cadre de la fongibilité actuelle peuvent prendre en charge les modifications nécessaires à la mise en œuvre de la mesure. Ces modifications sont en effet mineures.

d) impact budgétaire

La mesure ne modifie pas les missions des ARS et sera appliquée à moyens constants.

e) impact sur l'emploi

La mesure pourra avoir un impact indirect marginal sur l'emploi, via les recompositions de l'offre de soins qu'elle vise à inciter.

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 fixant le taux maximum autorisé de flexibilité des sous-objectifs, pris par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale : publication début 2014.

Instruction complémentaire à la circulaire n°82 du 15 février 2012 relative aux opérations de fongibilité : publication début 2014.

2. **Existence de mesures transitoires ?**

Non.

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

La mesure n'impacte pas les caisses de sécurité sociales et les cotisants.

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 ?

La fongibilité fait déjà l'objet d'un rapport annuel permettant le suivi annuel des opérations de fongibilité.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Nouvel article L 174-1-2
	Art. L. 174-1-2. -Une part du montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 peut être transférée, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, vers le fonds d'intervention régional mentionné aux articles L. 1435-8 et L. 1435-9 du code de la santé publique. De la même manière, une part du montant du fonds d'intervention régional dont la gestion est déléguée à l'agence régionale de santé peut être transférée vers la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1. Ces transferts ne peuvent conduire à ce que l'une ou l'autre des dotations concernées soit diminuée au-delà d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans la limite de 1 % du montant des dotations régionales concernées. « Les transferts réalisés en cours d'année sont pris en compte en fin d'année par correction, d'une part, du montant de l'objectif mentionné à l'article L. 174-1-1 du même code et, d'autre part, de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique.» II. - Le 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique est complété d'une phrase ainsi rédigée : « Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale. »

ARTICLE 36

REPORT DE LA FACTURATION INIDIVIDUELLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET REFORME DE LA REPARTITION DES CHARGES HOSPITALIERES

I. Présentation de la mesure

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

❖ **Concernant le report à mars 2018 au plus tard de la généralisation de la facturation individuelle des séjours hospitaliers :**

L'article 33 modifié de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoyait une dérogation à la mise en œuvre de la facturation individuelle pour les établissements de santé publics et PNL jusqu'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 du même code d'autre part.

Cette généralisation progressive s'inscrit dans la continuité de l'expérimentation de la facturation individuelle qui avait été instaurée par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Cette expérimentation a d'abord porté sur le périmètre des actes et consultations externes (ACE) et concerne à ce jour une trentaine d'établissements (dont 4 CHU / CHR) parmi le vivier des 55 structures qui avait été sélectionnées. Le calendrier de généralisation de la facturation individuelle d'ici le 1er mars 2016 apparaît raisonnable pour les actes et consultations externes.

En revanche, cette expérimentation n'a pu encore à ce stade être étendue aux séjours. L'ensemble des partenaires a maintenant conscience de l'impossibilité de respecter l'échéance du 1er mars 2016 pour les séjours et de la nécessité de donner aux établissements de santé (et à leur éditeur de logiciel de facturation hospitalière) un délai supplémentaire sur ce périmètre.

La nécessité de disposer d'une période d'expérimentation suffisante pour les séjours et le délai nécessaire aux développements informatiques nécessite de reporter dans le cadre de la présente loi de financement la généralisation de la facturation individuelle des séjours hospitaliers de deux ans, soit au 1er mars 2018.

❖ **Concernant la répartition des charges hospitalières :**

La répartition entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie des dépenses hospitalières est effectuée au prorata du nombre de journées d'hospitalisation prises en charge par chaque régime au titre de chaque risque, et corrigé par application de coefficients qui tiennent compte du coût des journées d'hospitalisation prises en charge. Cette répartition est fixée par la commission nationale de répartition des charges des dotations annuelles de financement hospitalières qui se réunit une fois par an et dont le rôle se limite à valider les chiffres fournis par la CNAMTS.

Les modalités de répartition actuellement appliquées aux séjours valorisés ne sont pas strictement conformes aux textes applicables :

- des opérations de lissage sont réalisées par la CNAMTS afin de prévenir des écarts importants de répartition inter-régimes d'une année sur l'autre. Un tel lissage n'est nullement prévu par les textes, qu'ils soient législatifs ou réglementaires ;
- la CNAMTS opère également un redressement statistique pour mieux répartir les séjours entre les différents risques en particulier le risque AT ;
- depuis la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), les sources et modalités de calcul utilisées ne correspondent pas aux aménagements réglementaires intervenus lors du passage de la dotation globale à la tarification à l'activité ; la CNAMTS continue à utiliser la même source de données (BDG) qui établit les dépenses à partir du nombre de journées

d'hospitalisation au lieu des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui donnent une image plus conforme aux charges réelles des régimes.

En outre, depuis le développement du PMSI, de plus en plus d'établissements ne transmettent plus à l'assurance maladie les informations qui alimentent la BDG. Le nombre est ainsi passé de 109 établissements en 2009 pour un montant de l'ordre de 1,6 Md€ à 136 établissements en 2011 pour 2,6 Md€. En conséquence, les montants relatifs à certains risques et à certains régimes sont sous-évalués et la clé de répartition inter-régimes qui en résulte est biaisée.

Les risques liés à la non exhaustivité des informations et au non respect des textes ont été soulignés par la Cour des comptes qui a par ailleurs rappelé qu'aucune action de contrôle n'est menée par les caisses pivots pour vérifier la conformité de la déclaration des séjours valorisés dans la BDG.

Il convient donc de trouver une solution plus robuste et plus équitable que la répartition actuelle.

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

Mesure proposée :

- Report à mars 2018 au plus tard de la généralisation de la facturation individuelle des séjours hospitaliers
- Réforme des modalités de répartition des dépenses hospitalières entre les risques et les régimes d'assurance maladie :
    - La mesure fixe le principe d'une répartition des dépenses hospitalières sur la base des informations disponibles dans le PMSI. La clé de répartition sera fixée tous les ans par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale ; elle sera unique et sera donc appliquée à la totalité des charges hospitalières (MCOO, SSR, psy) ;
    - elle supprime la commission de répartition des charges des dotations annuelles de financement hospitalières dont la fonctionnalité a montré ses limites.

Autres options possibles :

Concernant le report à mars 2018 au plus tard de la généralisation de la facturation individuelle des séjours hospitaliers, l'expérimentation sur les séjours n'est à ce jour pas suffisamment avancée pour permettre la généralisation des séjours à la date actuellement fixée du 1er mars 2016 ; un bilan supplémentaire de deux ans s'avère techniquement nécessaire. Pas d'autres options possibles.

Concernant la répartition des charges hospitalières, il aurait pu être envisagé d'utiliser les données du PMSI pour répartir les seules charges hospitalières MCOO et continuer à utiliser les données de la BDG pour les autres charges (SSR, psy) comme le prévoient les textes actualisés lors de la mise en œuvre de la T2A. Mais, depuis, le PMSI a été développé pour les établissements financés par une dotation annuelle de fonctionnement (SSR, psy). Il est donc plus rationnel d'utiliser une base de données unique.

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

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 permettra notamment un meilleur contrôle a priori des sommes dues à ces établissements par les régimes d'assurance maladie obligatoire (2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et de mieux connaître les parcours de soins complets des patients (soins ambulatoires, en cliniques privées et en établissements publics de santé).

La réforme de la répartition des charges hospitalières aura un effet sur les dépenses des régimes d'assurance maladie et les recettes du fonds de solidarité vieillesse, organisme concourant au financement des régimes d'assurance vieillesse. Elle entre dans le champ du monopole de la loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du V- C 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 la mesure modifiant l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ne sont pas codifiées.

Les autres dispositions de cette mesure figureront dans les codes de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

- Report à 2018 de la généralisation de la facturation individuelle des séjours hospitaliers

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui sauf à 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

- Réfome de la répartition des charges hospitalières

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

Selon le processus actuel, les délais de disponibilité des données et leur traitement par les services de la CNAMTS impliquent que les régularisations au titre de l'exercice passé interviennent à la fin de l'exercice en cours. Avec cette mesure, il sera possible de comptabiliser ces dépenses strictement en droits constatés.

L'opération est globalement neutre pour les régimes d'assurance maladie. Mais, elle dégrade le déficit du RSI dont les comptes sont équilibrés par une affectation de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Le solde de cette recette étant affecté au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), la mesure dégrade les comptes du fonds pour un montant équivalent.

La première année de mise en œuvre, l'impact financier intègre l'effet du changement de méthode sur la régularisation de l'exercice précédent et sur l'année en cours.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
CNAMTS et régimes intégrés		+205	+109	+109	+109
RSI*		-240	-130	-130	-130
Autres régimes		+35	+21	+21	+21
Total régimes d'assurance maladie*		0	0	0	0

* soldes avant mécanismes d'équilibrages (pour le RSI)

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans impact

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

Sans impact

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

La facturation individuelle conduit à revoir l'ensemble du processus de recouvrement entre les hôpitaux, les comptables publics hospitaliers et les caisses d'assurance maladie obligatoire y compris d'un point de vue informatique.

Le PMSI devra être aménagé pour fournir l'exhaustivité des informations utiles pour réaliser la répartition.

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 mise en œuvre de la généralisation de la facturation directe nécessite un décret simple fixant les modalités calendaires de montée en charge de la généralisation et un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la CNIL, fixant les modalités de mise en œuvre de la facturation

Un décret en Conseil d'Etat abrogera les dispositions de répartition actuelles (commission de répartition).

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Les dispositions du présent article relatives à la répartition des charges hospitalières entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2014 et s'appliquent à la régularisation comptable de l'exercice 2013 faite en 2014.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre est assuré à partir des outils de pilotage du projet FIDES (expérimentation et généralisation) et au niveau national par le comité de pilotage FIDES rassemblant, le ministère des affaires sociales et de la santé (Secrétariat général, DGOS, DSS et ATIH), le ministère de l'économie et des finances (DGFiP), la CNAMTS et des représentants des ARS.

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. 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. 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 :
Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.	Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.
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'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 le 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. […] VII. – *Abrogé* […]	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. Cette dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale prend fin au plus tard le 1er mars 2016 **pour les actes et consultations externes et au plus tard le 1er mars 2018 pour les autres prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire,** 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. […] **VII. – Jusqu'à la date de fin de dérogation prévue au I, les dispositions de l'article L. 175-3 du code de la sécurité sociale s'appliquent également aux dépenses liées aux prestations d'hospitalisation** […]
Article L.162-22-14 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.162-22-14 *modifié* du code du code de la sécurité sociale**
Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'Etat en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13. Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées à l'article L. 162-22-15.	Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'Etat en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13. Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation ~~ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie~~ sont fixées à l'article L. 162-22-15.
Article L.162-22-15 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.162-22-15 *modifié* du code du code de la sécurité sociale**

Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 sont versés, dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18. La répartition des sommes versées au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 d'une part, et la répartition de celles versées aux établissements de santé privés mentionnés au d du même article d'autre part, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements. Les modalités d'application du présent article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.	Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 sont versés **aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 d'une part, et aux établissements de santé privés mentionnés au d du même article d'autre part**, dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18. ~~La répartition des sommes versées au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 d'une part, et la répartition de celles versées aux établissements de santé privés mentionnés au d du même article d'autre part, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.~~ Les modalités d'application du présent article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.
Article L. 174-2 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.174-2 *modifié* du code de la sécurité sociale**
Les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime. Le montant des dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 est réparti après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, l'Etat fixe cette répartition. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations	Les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime. ~~Le montant des dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 est réparti après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, l'Etat fixe cette répartition.~~ Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article ~~et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations~~
Article L. 174-12 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 174-12 *modifié* du code du code de la sécurité sociale**
Les dépenses des services gérés par les personnes morales de droit public ou privé mentionnées à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique ayant passé avec l'Etat une convention pour participer à la lutte contre les maladies mentales font l'objet d'une dotation annuelle à la charge de l'assurance maladie. Le	Les dépenses des services gérés par les personnes morales de droit public ou privé mentionnées à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique ayant passé avec l'Etat une convention pour participer à la lutte contre les maladies mentales font l'objet d'une dotation annuelle à la charge de l'assurance maladie. Le

montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1 du présent code. La dotation est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 174-1. La dotation est versée et répartie entre les régimes dans les conditions prévues à l'article L. 174-2.	montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1 du présent code. La dotation est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 174-1. La dotation est versée ~~et répartie entre les régimes~~ dans les conditions prévues à l'article L. 174-2.
Article L. 174-15-1 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 174-15-1 *modifié* du code du code de la sécurité sociale**
Les dépenses d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités réalisées en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est versée pour l'ensemble des régimes par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Pour la répartition entre les régimes d'assurance maladie, les sommes versées au service de santé des armées s'ajoutent à celles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2. Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des armées.	Les dépenses d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités réalisées en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est versée pour l'ensemble des régimes par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. ~~Pour la répartition entre les régimes d'assurance maladie, les sommes versées au service de santé des armées s'ajoutent à celles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.~~ Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des armées.
	Article L. 175-3 *nouveau* du code du code de la sécurité sociale
	Les sommes versées au titre des forfaits annuels et dotations annuelles mentionnés aux articles L.162-22-15, L. 162-22-16, L. 174-1, L.174-12, , L.174-15-1 sont réparties entre les régimes d'assurance maladie selon des coefficients fixés par arrêté des ministres de la sécurité sociale et de la santé en fonction des charges observées pour chacun des régimes dans le système commun d'information mentionné à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique pour le dernier exercice connu.

ARTICLE 37

EXPERIMENTATION DE LA DELIVRANCE DE MEDICAMENTS A L'UNITE

I. Présentation de la mesure

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

On constate que :

- le gaspillage des médicaments : un rapport de l'IGAS de 2005 relatif au dispositif Cyclamed indique qu'un médicament remboursé sur deux ne serait pas consommé.
- des stocks dormants au domicile des patients entraînant une automédication inappropriée des médicaments restants : un sondage IFOP diligenté par le LEEM en 2008 montre qu'une grande majorité de patients français pratiquent l'automédication et conservent leurs médicaments en vue de les réutiliser. Moins de la moitié des patients redemandent conseil au médecin (46 %) ou au pharmacien (42%) lorsqu'ils reprennent des médicaments à la maison, une personne sur cinq (21%) ne craint pas de dépanner ses amis avec des médicaments qu'elle a chez elle. Les produits conservés sont pour l'essentiel des médicaments contre la fièvre et la douleur (92%), mais aussi des antibiotiques (22%).
- un impact environnemental non négligeable.
- des ruptures d'approvisionnement en médicaments de plus en plus fréquentes et préoccupantes.
- des présentations en blisters unitaires qui se développent de plus en plus avec des alvéoles séparées identifiables, permettant une dispensation unitaire plus sûre

La délivrance à l'unité existe déjà pour certains médicaments.

Elle est adoptée au moins par l'Espagne, l'Allemagne, la Suède, la Belgique, le Royaume Uni, l'Islande et les Etats Unis où elle est généralement ciblée sur certains médicaments et accompagnée de règles de bonne pratique.

Elle est effective en France dans les établissements de santé et dans certains EHPAD disposant d'une pharmacie à usage intérieur.

Elle est obligatoire en officine de ville en France pour les médicaments stupéfiants (art. R. 5132-33 du CSP).

Il y a des avantages et des inconvénients potentiels qui doivent être confirmés par une expérimentation :

a/ des avantages économiques sont attendus par :

- la réduction du gaspillage en unités de médicaments non utilisés,
- la réduction de l'impact environnemental des emballages et des résidus médicamenteux,
- la diminution du volume des médicaments non utilisés collectés et incinérés,
- des économies pour l'assurance maladie, notamment pour les molécules coûteuses.

b/ des avantages en termes de santé publique :

- la diminution des stocks dormants,
- l'évitement du mésusage et l'amélioration de l'observance d'un traitement (pour les antibiotiques, contribution à la lutte contre la résistance bactérienne),
- la diminution du risque de consommation ultérieure inappropriée (pour les antibiotiques, contribution à la lutte contre la résistance bactérienne),
- la prévention des ruptures de stock via la rationalisation de la dispensation.

c/ des contraintes:

- les contraintes de traçabilité, qui nécessiteront l'application de règles de bonnes pratiques et le ciblage de molécules à la présentation adaptée,

- l'adaptation de la tarification et de la facturation à l'assurance maladie sera nécessaire, puisque toutes deux basées aujourd'hui sur les boîtes de médicaments,
- une adaptation éventuelle des règles de rémunération des pharmaciens.

d/La nécessité de mesurer l'impact économique et de santé publique (notamment en termes d'observance et de mésusage), avant toute perspective d'extension.

Il est donc nécessaire de mettre en place une expérimentation, qui relève du niveau législatif.

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

Mesure proposée :

Il s'agit d'expérimenter la délivrance à l'unité par les pharmaciens d'officine concernés, c'est-à-dire de leur permettre de délivrer au patient le nombre exact d'unités de prises dont il a besoin et de réutiliser les unités de prises restantes pour la dispensation à un autre patient, selon des règles de bonnes pratiques.

L'expérimentation sera ciblée sur la seule classe des antibiotiques et notamment les antibiotiques « critiques » dont il faut prioritairement préserver l'efficacité pour la santé humaine, pour des raisons de santé publique (limitation des résistances) et d'existence d'une grande variabilité de la posologie et de durées de traitement.

Un arrêté fixera la liste des antibiotiques concernés.

Un décret fixera les conditions de l'expérimentation mentionnée et de son évaluation ainsi que les modalités de désignation des régions et des pharmacies d'officine participant à l'expérimentation. Ce décret fixe également les modalités de délivrance, de conditionnement, d'étiquetage et de traçabilité. Il détermine également, en fonction du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, les règles de fixation du prix à l'unité de vente au public, de prise en charge par l'assurance maladie, de facturation et prévoit les modalités de financement susceptibles d'être mis en œuvre.

Le Gouvernement présentera au Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 un rapport dressant le bilan de l'expérimentation prévue au présent article, notamment au regard de son impact sur les dépenses de santé et du bon usage des médicaments concernés.

A noter que cette mesure serait limitée aux seules formes orales unitaires sèches (comprimés, gélules, sachets...), et n'aurait pas d'effet sur les traitements pédiatriques souvent présentés en sirop.

Autres options possibles :

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

Ces mesures se justifient en LFSS car elles ont un impact financier sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures (1° et 2° du C du V de l'article LO 111-3 CSS)

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 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 relève du niveau législatif.

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

a) Possibilité de codification

Sans objet

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Les collectivités d'outre mer ne feront pas partie des régions de l'expérimentation

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

IV. Evaluation des impacts

1. **Impact financier**

Ces mesures d'incitation à la dispensation à l'unité devraient permettre à la collectivité de tirer pleinement partie de réduction de gaspillage.

En 2011 environ 665 M€ de dépenses remboursées par l'assurance maladie concernent les antibiotiques.

❖ **Hypothèses retenues :**

- 200 pharmacies expérimentatrices ;
- Réduction de 15% du nombre d'unités d'antibiotiques dispensées et donc diminution de 15% du CA ;

❖ **Chiffrage :**

Une réduction du CA de 15% des antibiotiques permettrait une économie de 100 M€ sur 22 000 officines.

Pour une expérimentation concernant 200 officines, l'économie obtenue serait donc de près de 1 M€. Un appui financier sera apporté aux officines participantes à l'expérimentation dans des conditions qui seront précisées dans le cadre de l'élaboration du cahier des charges.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
Assurance maladie		1M€	1 M€	1 M€	

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

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

a) impacts économiques

Il est attendu des économies, liées au moindre gaspillage des unités d'antibiotiques.

b) impacts sociaux

Pas d'impact

c) impacts sur l'environnement

La réduction du gaspillage en unités de médicaments non utilisés,

La réduction de l'impact environnemental des emballages et des résidus médicamenteux,

La diminution du volume des médicaments non utilisés collectés et incinérés,

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

Pas d'impact

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

a) impact sur les personnes physiques

Charge de travail supplémentaire liée à la délivrance fractionnée pour le pharmacien et à la traçabilité

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

Les caisses de sécurité sociale devront adapter leur système d'information pour permettre la facturation à l'unité.

Le comité économique des produits de santé (CEPS) devra établir des conventions pour l'ensemble des médicaments concernés par l'expérimentation et publier les avis de prix correspondant.

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

Les caisses de sécurité sociale devront adapter leur système d'information pour permettre la facturation à l'unité.

d) impact budgétaire

e) impact sur l'emploi

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

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

Cette mesure requiert les textes d'application suivants :

- Un décret fixera les conditions de l'expérimentation mentionnée et de son évaluation ainsi que les modalités de désignation des régions et des pharmacies d'officine participant à l'expérimentation. Ce décret fixera également les modalités de fixation de prix à l'unité et de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments concernés.
- Un arrêté fixera la liste des antibiotiques concernés.

Le délai prévisionnel de publication de ces textes est le premier semestre 2014.

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

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 ?

Oui

- nombre de patients expérimentateurs
- nombre de délivrance à l'unité réalisée
- évaluation du nombre d'unités restantes dans les officines
- impact en volume et en montant

ARTICLE 38

PROMOTION DES MEDICAMENTS BIOLOGIQUES SIMILAIRES

I. Présentation de la mesure

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

Le « répertoire des groupes génériques » constitue l'outil actuel d'encadrement de la substitution : y figurent pour chaque médicament la spécialité de référence (princeps) ayant perdu son brevet et la liste des spécialités génériques correspondantes. La substitution n'est autorisée qu'au sein de chaque groupe ainsi constitué. Le périmètre de ce répertoire s'est progressivement étendu par la loi à des médicaments non strictement génériques (dits quasi-génériques) :

- Médicaments à formes orales à libération modifiée différentes de celles du princeps ;
- Médicaments d'origine végétale ou minérale (LFSS pour 2012) (décret non pris à ce jour).

Aujourd'hui, et alors qu'aucun argument médical ne s'y oppose, le système de « répertoire » ne permet pas d'autoriser la substitution **en initiation de traitement** des médicaments biologiques (issus de la biotechnologie) par leurs bio-similaires (par exemple, les hormones de croissance ou les anticorps monoclonaux).

Or, comme le souligne le rapport IGAS/IGF sur la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017[27], les bio-médicaments sont les médicaments les plus concernés par des tombées de brevet dès 2013-2014 et tout particulièrement à partir de 2015. A l'inverse, le processus de perte des brevets des médicaments non biologiques qui représentaient des dépenses importantes pour l'assurance maladie (« blockbusters ») arrive progressivement à son terme.

Ainsi, le marché « de ville » des médicaments biologiques ayant perdu leur brevet et disposant actuellement de bio-similaires (EPO, hormones de croissance et G-CSF) représente plus d'1 Md€ de dépenses pour l'assurance maladie (pathologies prises en charge à 100%).

En outre, des chutes de brevets de bio-médicaments importants, utilisés majoritairement en ville ou à l'hôpital sont attendues pour 2014-2015. Peuvent être cités en particulier les marchés des Anti-TNF alpha (utilisés notamment dans la polyarthrite rhumatoïde, la maladie de Crohn ou le psoriasis sévère, à la fois en ville et à l'hôpital) et de l'oncologie avec notamment la chute des brevets des premiers anticorps monoclonaux arrivés sur le marché, qui sont inscrits sur la liste en sus.

Par ailleurs, dans le cadre des réflexions et travaux menés au sein du Comité stratégique des industries de santé (CSIS) cette année, les bio-similaires ont été abordés et font l'objet d'une fiche intitulée : « Assurer la sécurité des patients tout en permettant la réalisation d'économies pour l'assurance maladie et le développement des bio-similaires en France ».

Il est donc essentiel de préparer dès 2014 le cadre qui permettra à la collectivité de tirer pleinement profit des chutes de brevet des médicaments biologiques tout en garantissant la sécurité de leur utilisation pour le patient. Les initiatives européennes dans le domaine sont rares, néanmoins en Allemagne, la substitution de "bio-identiques" est autorisée (*i.e.* fabriqués dans la même usine, mais commercialisés sous plusieurs noms de marque différents).

Par conséquent, des travaux préparatoires ont été menés en associant l'ANSM, la CNAMTS et les administrations compétentes (DGS, DGOS et DSS). Ces travaux ont permis de mettre en évidence ou de confirmer les éléments suivants :

- des chutes de brevets de bio-médicaments importants, utilisés majoritairement en ville ou à l'hôpital sont attendues pour 2014-2015 ;
- l'enjeu du médicament biologique est donc tant à l'hôpital qu'en ville même s'il s'agit le plus souvent de médicaments ayant un statut de prescription initiale hospitalière. En effet, certains

[27] Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017, juin 2012

bio-médicaments, certes prescrits le plus souvent à l'hôpital, font l'objet d'une primo-délivrance en ville (ex : EPO, anti-TNF alpha, Interférons) ;

- l'absolue nécessité de maintenir sur toute la durée du traitement la délivrance du même médicament en particulier en cas de substitution lors de l'initiation du traitement ;
- deux leviers importants doivent permettre d'agir pour promouvoir l'utilisation des bio-similaires en ville et à l'hôpital, dans un cadre sécurisé :
    - il s'agit de mieux faire connaître les bio-similaires aux prescripteurs notamment hospitaliers pour les inciter à les prescrire;
    - il s'agit d'autoriser et d'encadrer la substitution par le pharmacien, dans un cadre sécurisé, lors de la première délivrance. Ces deux leviers passent notamment par la création, sous l'égide de l'ANSM, d'un répertoire *ad hoc* pour la substitution des bio-similaires et l'information des prescripteurs ainsi que les pharmaciens pour la substitution*, en i*nitiation de traitement.

En accompagnement de cette mesure, des actions de sensibilisation et de promotion des bio-similaires pourraient être menées (programmes de gestion du risque : liste en sus, PHEV).

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

Mesure proposée :

La mesure comporte deux aspects : incitation des prescripteurs à prescrire des biosimilaires et possibilité pour les pharmaciens de substituer par un biosimilaire en primo-prescription.

❖ Axe n°1 : Inciter à la prescription

- Par une mesure législative, il est proposé de permettre à l'ANSM de définir un répertoire des groupes biologiques similaires afin d'informer le médecin de leur existence et de leur « similarité » avec le bio-médicament de référence et les inciter à prescrire des bio-similaires au sein de chaque groupe.

- L'incitation à la prescription des bio-similaires pourrait intervenir *via* les leviers suivants, qui ne nécessitent pas de mesure législative :

- Elaboration de recommandations médico-économiques de classe par la Haute Autorité de santé, qui permettrait de positionner économiquement les bio-similaires par rapport aux autres médicaments de la classe (exemple : bio-similaires d'Eprex® par rapport à Aranesp®) ;
- Mobilisation de l'action de gestion du risque « PHEV » (prescriptions hospitalières exécutées « en ville »), qui agira sur les bio-médicaments délivrés en ville ;
- Mobilisation de l'action de gestion du risque liste en sus : intégrer dans la circulaire annuelle accompagnant la mise en œuvre de la régulation des dépenses de la liste en sus, un volet « médico économique » en faisant notamment référence aux biosimilaires pour contribuer à la maîtrise de la dépense

❖ Axe n°2 : Autoriser et encadrer la substitution, en initiation de traitement, par le pharmacien

Il est proposé de créer un nouveau droit de substitution pour le pharmacien au sein du « répertoire des groupes biologiques similaires », dont la création est proposée dans l'axe n°1. Ce droit de substitution serait mis en œuvre **uniquement lors de l'initiation du traitement par le prescripteur, sauf mention expresse du médecin sur l'ordonnance.**

Il convient d'assurer la sécurité du dispositif selon les situations :

- *En primo-prescription*

Lorsque le patient viendra en officine avec son ordonnance et après avoir vérifié qu'il s'agit d'une primo-prescription ou non, le pharmacien pourra substituer. Dans ce cas, il devra expliquer cette substitution au patient, écrire sur l'ordonnance le nom du médicament biologique similaire délivré,

également mentionné sur le ticket vitale (au dos de l'ordonnance), informer le prescripteur de cette substitution et proposer au patient de compléter son dossier pharmaceutique ou de le créer.

- *En renouvellement*

Lors d'un renouvellement d'ordonnance, le pharmacien consultera l'ordonnance de renouvellement mentionnant le nom du médicament dispensé et/ou le ticket vitale figurant obligatoirement au dos de l'ordonnance pour s'assurer du nom du médicament précédemment dispensé. S'il s'agit d'une nouvelle ordonnance (la précédente étant « périmée »), il aura plusieurs sources d'information : interroger le patient sur la prescription, contacter le prescripteur, regarder le dossier pharmaceutique du patient si celui-ci a été renseigné ainsi que l'historique de ses ventes pour ledit patient si celui-ci va toujours dans la même pharmacie.

Afin de conforter la sécurité du dispositif, il est également proposé d'étendre, par voie réglementaire (Art. R 1111-20-11 du CSP qui devra être modifié par un décret en Conseil d'Etat après avis du CNOP et de la CNIL), la durée de conservation des données dans le dossier pharmaceutique du patient de 4 à 6 mois-1an (pour couvrir toute la période jusqu'au renouvellement d'ordonnance) ;

Par ailleurs, le médecin gardera, tout comme pour les génériques, la possibilité de s'opposer à la substitution par le biais d'une mention « non substituable » manuscrite.

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

La mesure permettra de générer des économies pour l'assurance maladie en augmentant le recours à des médicaments biosimilaires moins chers que leurs médicaments de référence et en créant les conditions d'une diversité d'offres dans le secteur des biomédicaments. Ces économies devraient monter en charge seulement à compter de 2015, mais s'agissant d'économies à caractère permanent sur les dépenses d'assurance maladie, elles trouvent leur place en LFSS conformément au 2° du C du III 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 mise en place d'un répertoire et du droit de subsitution par les pharmaciens en initiation de traitement relèvent 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, inscription de la mesure dans le code de la sécurité sociale et dans le 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)	 oui non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Ces mesures d'incitation à la prescription des bio-similaires et d'autorisation de la substitution devraient permettre à la collectivité de tirer pleinement partie des chutes de brevet des médicaments biologiques grâce au développement de ce marché et d'accroître les économies pour l'assurance maladie par des mesures progressives de baisse des prix.

Compte tenu des biosimilaires déjà sur le marché et des chutes de brevets attendues pour 2014-2015, la promotion de la prescription dans le répertoire et de la substitution en initiation de traitement est estimée conduire à une diminution de près de 3 % des dépenses. Compte tenu des délais liés à la publication des textes d'application de la mesure et de la progressivité de sa montée en charge, un rendement de 2 M€ en 2014 et de 5 M€ est attendu en 2015.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
Branche maladie des régimes de base de sécurité sociale		+ 2 M€	+5 M€	+15 M€	+50 M€

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

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

a) impacts économiques

La mesure, en encourageant le recours à la prescription de médicaments biosimilaires et en complétant l'information des prescripteurs *via* la création d'un répertoire dédié, pemettra d'accompagner le développement des industries spécialisées dans cette filière, tiré structurellement par l'augmentation des tombées de brevets de biomédicaments dans les prochaines années.

b) impacts sociaux

Non

c) impacts sur l'environnement

Non

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

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

La mesure augmentera les possibilités de prescription de biomédicaments via la diffusion auprès des médecins du répertoire des biosimilaires.

Les pharmaciens devront s'assurer de la bonne information du prescripteur en cas de substitution et seront, comme les médecins, garants de la continuité du traitement tout au long de sa durée.

Cette mesure n'aura en revanche pas d'impact sur les patients puisque la continuité de traitement sera assurée.

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

A terme, éventuelle évolution de la convention régissant les relations entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats de pharmaciens d'officine afin de mettre en place des objectifs de substitution en initiation de traitement, à l'instar des dispositifs d'incitation à la substitution pour les génériques.

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

L'ANSM devra procéder à la constitution du répertoire des biosimilaires et assurer sa diffusion (via une adaptation de son portail notamment), à la fois auprès des professionnels de santé mais également du public.

d) impact budgétaire

Sans impact

e) impact sur l'emploi

En concourant au développement de l'industrie des biosimilaires, la mesure pourra avoir à moyen terme un effet positif sur l'emploi, qu'il est toutefois difficile de quantifier à ce stade.

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 requiert des dispositions réglementaires d'application afin de préciser les points suivants :

- modalités selon lesquelles le pharmacien exerce son droit de substitution en initiation de traitement ;
- contenu du dossier d'AMM permettant d'attribuer à un médicament biologique autorisé la qualification de « médicament biologique de référence » ;
- modalités d'application de la procédure d'inscription au répertoire des groupes biologiques similaires.

Ces dispositions réglementaires figureront toutes dans un décret en Conseil d'Etat, dont le délai prévisionnel de publication est le second trimestre 2014.

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

La mise en place de ce répertoire devra être accompagnée d'une communication à l'attention des professionnels de santé mais également des assurés. Cette information devra notamment souligner la possibilité de prescription des biosimilaires ou de substituer en initiation de traitement.

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, en ville, les données sur les ventes de biomédicaments aux officines seront suivies par le GERS (groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 5121-1 *actuel* du code de santé publique	**Article L. 5121-1 *modifié* du code de santé publique**
(…) **15°** Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, médicament biologique similaire, tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne remplit pas les conditions prévues au a du 5° du présent article pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire.	(…) **15° *a)*** Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, médicament biologique similaire, tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne remplit pas les conditions prévues au a du 5° du présent article pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire. **Un médicament biologique ne peut être qualifié de médicament biologique de référence que si son autorisation a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation.** ***b)*° Groupe biologique similaire, le regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires, tels que définis au *a* du 15°. Ils sont regroupés au sein du répertoire des groupes biologiques similaires**
Article L. 5121-10-2 *actuel* du code de santé publique	**Article L. 5121-10-2 *modifié* du code de santé publique**
Pour un médicament biologique similaire défini au 15° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent au médicament biologique de référence. Le demandeur de l'autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de sa demande. Lorsque l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché pour un médicament biologique similaire, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence.	Pour un médicament biologique similaire défini au ***a* du 15° de l'article L. 5121-1**, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent au médicament biologique de référence. Le demandeur de l'autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de sa demande. Lorsque l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché pour un médicament biologique similaire, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence.

La commercialisation du médicament biologique similaire ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle du médicament biologique de référence, sauf accord du titulaire de ces droits. Préalablement à la commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique similaire informe le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé des indications, formes pharmaceutiques et dosages du médicament biologique de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré. Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé tient à la disposition du public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à un médicament biologique de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies. Le présent article s'applique également aux médicaments présentant des caractéristiques communes par rapport à un médicament de référence mais ne répondant pas à la définition du médicament générique en raison de différences portant sur un ou plusieurs éléments de cette définition nécessitant que soient produites des données supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire.	**Le directeur général de l'Agence procède à l'inscription du médicament biologique similaire dans le répertoire des groupes biologiques similaires prévu au *b* du 15° de l'article L. 5121-1 au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché de celle-ci le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence.** La commercialisation du médicament biologique similaire ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle du médicament biologique de référence, sauf accord du titulaire de ces droits. Préalablement à la commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique similaire informe le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé des indications, formes pharmaceutiques et dosages du médicament biologique de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré. Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé tient à la disposition du public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à un médicament biologique de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies. Le présent article, **à l'exception du troisième alinéa**, s'applique également aux médicaments présentant des caractéristiques communes par rapport à un médicament de référence mais ne répondant pas à la définition du médicament générique en raison de différences portant sur un ou plusieurs éléments de cette définition nécessitant que soient produites des données supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire.
Article L. 5121-20 *actuel* du code de santé publique	**Article L. 5121-20 *modifié* du code de santé publique**
Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment : 1° Les critères scientifiques justifiant, le cas échéant, l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1, la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article L. 5121-10, ainsi que les modalités de l'inscription dans un groupe	Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment : 1° Les critères scientifiques justifiant, le cas échéant, l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1, la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article L. 5121-10, ainsi que les modalités de l'inscription dans un groupe

générique existant d'une spécialité remplissant la condition pour être spécialité de référence et de la création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence ;	générique existant d'une spécialité remplissant la condition pour être spécialité de référence et de la création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence ;
2° Les conditions dans lesquelles des autorisations de mise sur le marché peuvent être considérées comme faisant partie d'une autorisation de mise sur le marché globale ;	2° Les conditions dans lesquelles des autorisations de mise sur le marché peuvent être considérées comme faisant partie d'une autorisation de mise sur le marché globale ;
3° Les règles relatives à l'étiquetage, la notice et la dénomination des médicaments et produits mentionnés au présent chapitre ;	3° Les règles relatives à l'étiquetage, la notice et la dénomination des médicaments et produits mentionnés au présent chapitre ;
4° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions dans lesquelles le demandeur peut être dispensé de produire certains éléments du dossier et celles dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ainsi que, après la délivrance de l'autorisation, les modalités de son actualisation ;	4° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions dans lesquelles le demandeur peut être dispensé de produire certains éléments du dossier et celles dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ainsi que, après la délivrance de l'autorisation, les modalités de son actualisation ;
5° Les justifications, y compris celles relatives à l'étiquetage des médicaments ou produits, qui doivent être fournies à l'appui des demandes d'autorisation de mise sur le marché et qui comprennent obligatoirement la vérification de l'existence des propriétés définies à l'article L. 5121-9 des experts possédant les qualifications techniques et professionnelles fixées par le même décret ;	5° Les justifications, y compris celles relatives à l'étiquetage des médicaments ou produits, qui doivent être fournies à l'appui des demandes d'autorisation de mise sur le marché et qui comprennent obligatoirement la vérification de l'existence des propriétés définies à l'article L. 5121-9 des experts possédant les qualifications techniques et professionnelles fixées par le même décret ;
6° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments homéopathiques prévu à l'article L. 5121-13, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces enregistrements ;	6° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments homéopathiques prévu à l'article L. 5121-13, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces enregistrements ;
7° Les conditions d'autorisation de mise sur le marché lorsque le demandeur peut démontrer qu'il n'est pas en mesure de fournir des renseignements complets sur l'efficacité et l'innocuité du médicament selon les dispositions de l'article L. 5121-9 ;	7° Les conditions d'autorisation de mise sur le marché lorsque le demandeur peut démontrer qu'il n'est pas en mesure de fournir des renseignements complets sur l'efficacité et l'innocuité du médicament selon les dispositions de l'article L. 5121-9 ;
8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ;	8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ;
9° Les règles applicables à l'expérimentation des médicaments en vue de leur autorisation de mise sur le marché ainsi qu'aux essais organisés	9° Les règles applicables à l'expérimentation des médicaments en vue de leur autorisation de mise sur le marché ainsi qu'aux essais organisés

après la délivrance de cette autorisation ; 10° Les restrictions qui peuvent être apportées dans l'intérêt de la santé publique à la prescription et à la délivrance de certains médicaments ; 11° Les règles applicables en cas de changement du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou du titulaire de l'enregistrement de médicament homéopathique ou du titulaire de l'enregistrement de médicament traditionnel à base de plantes ; 12° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments traditionnels à base de plantes prévu à l'article L. 5121-14-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent l'enregistrement et les décisions, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant ou retirant celui ci ; 13° (Abrogé) ; 14° Les règles particulières applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments dérivés du sang et les autres médicaments d'origine humaine ; 15° (Abrogé) 16° Les règles particulières applicables aux essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques des médicaments homéopathiques faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, en prenant en compte la spécificité du médicament homéopathique et un usage généralement lié à la tradition ; 17° Les conditions dans lesquelles l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 relatives aux préparations de thérapie génique et aux préparations de thérapie cellulaire xénogénique. 18° Les conditions dans lesquelles l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations relatives aux médicaments de thérapie innovante mentionnées au 17° de l'article L. 5121-1.	après la délivrance de cette autorisation ; 10° Les restrictions qui peuvent être apportées dans l'intérêt de la santé publique à la prescription et à la délivrance de certains médicaments ; 11° Les règles applicables en cas de changement du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou du titulaire de l'enregistrement de médicament homéopathique ou du titulaire de l'enregistrement de médicament traditionnel à base de plantes ; 12° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments traditionnels à base de plantes prévu à l'article L. 5121-14-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent l'enregistrement et les décisions, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant ou retirant celui ci ; 13° (Abrogé) ; 14° Les règles particulières applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments dérivés du sang et les autres médicaments d'origine humaine ; 15° (Abrogé) 16° Les règles particulières applicables aux essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques des médicaments homéopathiques faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, en prenant en compte la spécificité du médicament homéopathique et un usage généralement lié à la tradition ; 17° Les conditions dans lesquelles l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 relatives aux préparations de thérapie génique et aux préparations de thérapie cellulaire xénogénique. 18° Les conditions dans lesquelles l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations relatives aux médicaments de thérapie innovante mentionnées au 17° de l'article L. 5121-1. ***19*° La procédure d'inscription au répertoire des groupes biologiques similaires mentionné au *b* du 15° de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2.**
	Nouvel article L. 5125-23-2 du code de la santé publique
	Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien

	peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire, lorsque les conditions suivantes sont remplies : **1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire mentionné au *b* du 15° de l'article L. 5121-1 ;** **2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ;** **3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite ;** **4° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.** **Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.** **Le pharmacien assure la dispensation de ce même médicament biologique lors du renouvellement de la prescription ou d'une nouvelle ordonnance de poursuite de traitement.** **Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement.** **Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, sont précisées par décret en Conseil d'État.**
Article L. 162-16 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-16 *modifié* du code de la sécurité sociale**

Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 593 du code de la santé publique.	Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 593 du code de la santé publique.
Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité décidé par le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés, qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité.	Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité décidé par le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés, qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité.
Les dispositions du cinquième alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire.	Les dispositions du cinquième alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire.
Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.	Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique ou une s, la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.
Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.	Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique **et de l'article L. 5125-23-2 de ce même code**, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique **ou du médicament biologique similaire le plus cher** ~~la plus chère~~ du même groupe.
En cas d'inobservation des dispositions des cinquième et sixième alinéas, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux cinquième et sixième alinéas, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1.A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.	En cas d'inobservation des dispositions des cinquième et sixième alinéas, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux cinquième et sixième alinéas, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.

Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale. Les médicaments dispensés par un pharmacien en application de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement initialement prescrite. Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code	Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale. Les médicaments dispensés par un pharmacien en application de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement initialement prescrite. Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code

ARTICLE 39

PRISE EN CHARGE DES MEDICAMENTS AYANT BENEFICIE D'UNE AUTORISATION TEMPORAIRE D'UTILISATIONS (ATU)

I. Présentation de la mesure

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

L'article 24 de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a créé une expérimentation, jusqu'au 31 décembre 2013, permettant aux médicaments ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) nominative ou de cohorte et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) d'être pris en charge à prix libre (déclaration au CEPS du montant maximal de l'indemnité réclamée aux établissements de santé) pendant une période maximale de 7 mois à compter l'octroi de l'AMM (sous réserve qu'un dossier de demande d'inscription au remboursement ait été déposé dans le mois suivant l'obtention de l'AMM).

Un rapport remis au Parlement dans le cadre du PLFSS pour 2014 dresse notamment le bilan des dépenses pour l'assurance maladie et une évaluation du bon usage des médicaments.

D'ores et déjà plusieurs dérives ont pu être constatées dans ce dispositif expérimental.

En ce qui concerne les dépenses publiques, aujourd'hui, le prix est fixé librement par le laboratoire sur l'ensemble de la période de prise en charge, de l'octroi de l'ATU jusqu'à décision du CEPS. Le coût de ces médicaments est financé par la dotation des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) si le médicament est administré à un patient hospitalier ou sur l'enveloppe ville lorsque le médicament, vendu par une pharmacie hospitalière, est destiné à un patient non hospitalisé. Ainsi, la totalité des coûts engendrés par l'achat de ces médicaments est supportée par la sécurité sociale sans qu'il soit possible de procéder à une régulation des dépenses associées. Aussi, le dispositif existant doit évoluer afin d'encadrer les modalités financières de prise en charge des produits ayant fait l'objet d'une ATU.

Par ailleurs, actuellement, la seule condition d'entrée dans ce processus dérogatoire de prise en charge est l'existence antérieure d'une ATU et ce, quel que soit le degré de concordance entre les indications pour lesquelles le produit a bénéficié de l'AMM et celles pour lesquelles il a eu une ATU. Ainsi, un produit ayant bénéficié d'une ATU pour une indication donnée avec une population restreinte bénéficiera de ce financement dérogatoire pour l'ensemble des indications de l'AMM et donc pour l'ensemble de la population cible.

Or, la création de cette procédure expérimentale avait initialement pour vocation de permettre la poursuite de la prise en charge d'un produit déjà sur le marché, ce qui exclut *de facto* les indications n'ayant pas bénéficié de l'ATU. Or il a été constaté certaines dérives lors de la période expérimentale. En effet, certains laboratoires ont demandé des ATU nominatives peu de temps avant l'octroi de leur AMM afin de pouvoir bénéficier de cette procédure de prise en charge.

Ainsi, bien que la prise en charge dérogatoire permise dans le cadre de cette expérimentation simplifie la procédure antérieure de dérogation d'achat, elle ne peut demeurer en l'état de façon pérenne. Aussi, il est proposé d'apporter des ajustements au dispositif pour, d'une part, en limiter le coût et, d'autre part, permettre d'allouer les ressources aux produits réellement mis sur le marché et de prévenir tout risque d'interruption de traitement que pourrait entraîner un dépassement des financements autorisés (MERRI).

Reste à souligner que, par souci de cohérence, l'encadrement financier de la prise en charge post-ATU doit nécessairement être aligné avec la définition des modalités de prise en charge lors de la période sous ATU.

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

La mesure vise à pérenniser ce dispositif tout en l'amendant au vu des difficultés qui ont été identifiées : délai de prise en charge limité à sept mois, qui s'avère inadapté au besoin de certains patients et générant un risque d'interruption de traitement, insuffisance de l'encadrement financier de la prise en charge.

Ainsi, la mesure pérennise la prise en charge par l'assurance maladie de ces traitements entre l'octroi de l'AMM et la fixation du prix par le CEPS ; il permet de préciser le champ des patients concernés ; il permet de maîtriser le coût de ce dispositif pour l'assurance maladie, par un dispositif de reversement si le prix fixé par le CEPS est inférieur au montant jusqu'alors facturé par le laboratoire.

Mesure proposée :

- **Définition du périmètre d'application et mise en place de conditions d'accès au dispositif de financement** :
  - Dépôt de la demande de remboursement dans le délai d'un mois post-AMM : cette obligation existe déjà dans le dispositif actuel.
  - La prise en charge dérogatoire est ouverte pour toutes les poursuites de traitement initié sous ATU quel que soit le type d'ATU (cohorte, nominative ou nominative dérogatoire) et à de nouveaux patients dans les conditions cumulatives suivantes :
    - dans des indications ayant bénéficié d'une ATU,
    - et qui sont :
      - soit reprises dans l'AMM ;
      - soit reprises dans une extension d'AMM en cours d'évaluation ;
    - et en l'absence d'alternative thérapeutique.
  - Par dérogation, il est également prévu d'assurer la continuité des traitements des patients traités, pour une indication relevant d'une autorisation temporaire d'utilisation qui n'est finalement pas mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché ou dans une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation.
- **Mise en place d'un encadrement financier de la prise en charge** en créant une obligation, pour le laboratoire, de reverser à l'assurance maladie le différentiel entre l'indemnité demandée aux établissements de santé et le prix ou tarif fixé par le CEPS si celui-ci est d'un montant inférieur et ce, depuis l'octroi de l'AMM jusqu'à la décision de remboursement et la fixation du prix ou du tarif.

Cette obligation existe déjà en partie à l'article L. 162-16-5-1 du CSS qui prévoit que si le prix ou le tarif de remboursement ultérieurement fixé par le CEPS au titre de l'AMM est inférieur au montant de l'indemnité demandée par l'industriel aux établissements de santé pendant la période d'ATU, le CEPS demande au laboratoire le versement, sous forme de remise, de tout ou partie de la différence entre le chiffre d'affaire facturé aux établissements de santé sur la base de l'indemnité demandée par l'industriel aux établissements de santé pendant la période d'ATU et celui qui aurait résulté de l'utilisation du tarif fixé par le CEPS.

- **Par souci de cohérence, il est proposé d'aligner l'encadrement financier de la prise en charge post-ATU sur les modalités de prise en charge lors de la période sous ATU** et donc d'imposer au laboratoire de reverser à l'assurance maladie le différentiel entre l'indemnité demandée aux établissements de santé et le prix ou tarif fixé par le CEPS si celui-ci est d'un montant inférieur et ce, depuis l'octroi de l'ATU jusqu'à la décision de remboursement et la fixation du prix ou du tarif. Ceci équivaut à rendre systématique le dispositif existant à l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale mentionné *supra* en précisant que toute la différence doit être reversée.

Aussi, la mesure consisterait également à étendre ce principe de reversement à la période post-ATU, mais en prévoyant le remboursement systématique de l'intégralité du différentiel à l'assurance-maladie tant pour la période sous ATU que pour la période post-ATU.

Il convient de mentionner que dans le schéma proposé, il n'y a pas de reversement de différentiel si le médicament n'est pas pris en charge (ex : SMRI) ou si le médicament est inscrit uniquement sur la liste collectivités sans être financé en sus (dans ce cas aucun prix ou tarif n'est fixé par le CEPS).

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

La mesure a un impact financier sur les dépenses de l'année (1° et 2° du C du V de l'article LO 111-3 CSS) dans la mesure où il s'agit de déterminer les modalités de prise en charge dérogatoire de certaines spécialités pharmaceutiques par les régimes d'assurance maladie.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

Un nouvel article est créé dans le 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)	 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 +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P*	2015	2016	2017
		+ 3M€	**+ 3M€**	**+ 3M€**	**+ 3M€**

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

Cet impact est estimé à partir de données collectées dans le cadre de l'expérimentation de l'article 24 de la loi du 29 décembre 2011 (cf. rapport au Parlement qui doit être transmis au moment du PLFSS 2014).

Pour les médicaments *in fine* inscrits en ville, il a été procédé au calcul du différentiel entre l'indemnité payée par les établissements de santé et le tarif fixé *in fine* par le CEPS.

Pour les médicaments *in fine* inscrits aux collectivités, les données disponibles en ville ont été extrapolées dans la mesure où les remontées sont loin d'avoir été exhaustives sur la période de l'expérimentation.

Enfin, la mesure porte également sur la période post-ATU pour laquelle le reversement de la différence entre l'indemnité déclarée et le tarif fixé *in fine* par le CEPS devient obligatoire ; ce qui permet de doubler également le rendement.

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

a) impacts économiques

Compte tenu de l'impact financier très limité de la mesure proposée, elle n'aura pas d'impact économique significatif, en particulier sur l'industrie du médicament.

b) impacts sociaux

La mesure proposée n'a pas d'impact social.

c) impacts sur l'environnement

La mesure proposée est sans impact sur l'environnement.

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

La mesure proposée est sans impact sur l'égalité hommes / femmes.

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 maintient la garantie aux patients de poursuite de leurs traitements initiés sous ATU et l'accès accéléré aux médicaments innovants pour de nouveaux patients en assurant son financement par l'assurance maladie.

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

La mesure rendra nécessaire pour le Comité économique des produits de santé de mettre en cohérence l'accord-cadre qu'il a conclu avec le LEEM afin de tenir compte de ces évolutions (notamment en termes de modalités de reversement).

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

La mesure rendra nécessaire le suivi des nouveaux traitements et le contrôle que le financement se limite dans les faits au périmètre arrêté.

d) impact budgétaire

La mesure sera appliquée à moyens constants

e) impact sur l'emploi

La mesure est sans impact sur l'emploi

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

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

La mesure est d'application directe.

2. Existence de mesures transitoires ?

L'objectif de la mesure proposée est une entrée en vigueur au 1er janvier 2014 qui permette de prendre le relais immédiat de l'expiration du dispositif expérimental (31 décembre 2013) de la loi du 29 décembre 2011.

Il sera toutefois nécessaire de prévoir des dispositions transitoires pour les médicaments inclus dans le dispositif expérimental actuel au 31/12/2013 et le futur dispositif.

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

La mesure ne nécessite pas une mise en œuvre particulière nouvelle par les caisses de sécurité sociale. Elle ne concerne par ailleurs pas les cotisants.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information n'est nécessaire

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.162-16-5-1 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.162-16-5-1 *modifié* du code de la sécurité sociale**
Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'un médicament bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déclare au comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. En l'absence de laboratoire exploitant, toute pharmacie à usage intérieur intéressée à l'achat de ce médicament déclare au comité le montant de l'indemnité qui lui est réclamée pour acquérir le produit si cette indemnité n'a pas déjà fait l'objet d'une déclaration au comité. Le comité rend publiques ces déclarations. Le laboratoire exploitant la spécialité ou, à défaut, les pharmacies à usage intérieur qui se sont procuré ce produit informent annuellement le comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues. Si le prix ou le tarif de remboursement fixé ultérieurement par le comité économique des produits de santé pour le médicament lors de son inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, ce dernier demande au laboratoire de reverser aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, tout ou partie de la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé sur la base de l'indemnité et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix ou au tarif de remboursement fixé par le comité. Le produit de cette remise est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8.	Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'un médicament bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique **ou pris en charge en application des dispositions de l'article L. 162-16-5-2** déclare au comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. En l'absence de laboratoire exploitant, toute pharmacie à usage intérieur intéressée à l'achat de ce médicament déclare au comité le montant de l'indemnité qui lui est réclamée pour acquérir le produit si cette indemnité n'a pas déjà fait l'objet d'une déclaration au comité. Le comité rend publiques ces déclarations. Le laboratoire exploitant la spécialité ou, à défaut, les pharmacies à usage intérieur qui se sont procuré ce produit informent annuellement le comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues. Si le prix ou le tarif de remboursement fixé ultérieurement par le comité économique des produits de santé pour le médicament lors de son inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, ~~ce dernier demande au~~ **le** laboratoire ~~de reverser~~ **reverse** aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, ~~tout ou partie de~~ la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé sur la base de l'indemnité et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix ou au tarif de remboursement fixé par le comité. Le produit de cette remise est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8.
	Article L. 162-16-5-2 *nouveau* du code de la sécurité sociale
	Un médicament qui, préalablement à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets ou de la date de fin d'octroi de

	l'autorisation temporaire d'utilisation fixée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques. Seul peut être pris en charge à ce titre un médicament utilisé au profit de patients traités dans les indications ayant bénéficié de l'autorisation temporaire d'utilisation, pour lesquelles il n'existe pas d'alternative thérapeutique appropriée et qui sont mentionnées dans l'autorisation de mise sur le marché ou font l'objet d'une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation. **Par dérogation à l'alinéa précédent, lorsque le traitement a été initié au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation dans une indication non mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché, la prise en charge du médicament est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.** **La prise en charge mentionnée aux deux précédents alinéas dure jusqu'à ce qu'une décision relative à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code ou aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ait été prise et, le cas échéant, jusqu'à ce que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix ait été publié.** **Les dispositions du présent article cessent de s'appliquer si aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 n'a été déposée, pour le médicament considéré, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché.**
	Dispositif transitoire non codifié
	Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2014. Les spécialités ayant bénéficié des dispositions de l'article 24 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé et pour lesquelles aucune décision n'a

	été prise, au titre de leur autorisation de mise sur le marché, sur leur inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code ou sur une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, continuent à bénéficier des dispositions de cet article jusqu'au 1er août 2014.

ARTICLE 40

DECLARATION DES REMISES SUR LES MEDICAMENTS GENERIQUES CONSENTIES AUX PHARMACIENS PAR LES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES

I. Présentation de la mesure

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

La tarification des médicaments génériques relève du comité économique des produits de santé (CEPS) sur la base de règles fixées par orientations des ministres compétents : sauf exception, leur prix est fixé, lors de leur commercialisation, à 40% du prix du médicament de référence, soit une décote de 60%. En effet, les fabricants de médicament génériques n'ont pas à amortir de coûts de recherche, de développement et d'essais cliniques, les molécules étant tombées dans le domaine public. Par la suite, les orientations ministérielles prévoient que les médicaments génériques puissent subir une seconde décote, de 7%, au bout de dix-huit mois de commercialisation, ainsi que d'autres baisses de prix, notamment s'il est constaté que les prix pratiqués en France sont plus élevés que dans les pays voisins.

Ce mode de tarification uniforme produit évidemment des économies pour l'assurance maladie par rapport au prix des médicaments princeps avant tombée du brevet, mais il ne permet pas de profiter de la concurrence effective entre génériqueurs sur certaines classes de produits. Ainsi, les comparaisons internationales sur le prix des génériques sont le plus souvent défavorables à la France[28]. Cette concurrence s'exerce au bénéfice des pharmaciens d'officine auxquels les génériqueurs ne sont autorisés à accorder des remises commerciales que dans la limite de 17% du prix fabricant hors taxes du médicament concerné (article L. 138-9 du code de la sécurité sociale).

Toutefois, aussi bien des rapports d'inspection[29] et des contrôles de la DGCCRF font état de très fréquentes pratiques de remises ou de marges arrière « déguisées », par exemple sous la forme de contrats de coopération commerciale, qui sont des contournements de ce plafond de 17%.

Il importe donc de maîtriser au mieux les dépenses de santé et d'optimiser la tarification des médicaments. A travers la transparence des remises, pourrait ainsi être mis en évidence la marge de négociation possible du CEPS et donc donner les moyens à celui de négocier davantage les prix fabricants hors taxe. Le CEPS pourrait le cas échéant adapter la décote en fonction des prix réellement pratiqués s'il connaît le montant des remises accordées aux pharmaciens d'officine.

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

Mesure proposée :

Il s'agit de mettre en œuvre un dispositif de transparence sur les remises obtenues par les pharmaciens afin de donner les moyens au CEPS de mener une négociation plus éclairée sur les prix fabricants hors taxe de chaque groupe générique. Le CEPS pourrait ainsi adapter la décote en fonction des prix réellement pratiqués s'il connaît le montant des remises accordées aux pharmaciens d'officine. La présente mesure vise donc à instaurer un dispositif de déclaration pour rendre transparentes les remises effectivement accordées par les grossistes ou les laboratoires au titre de leurs ventes directes.

La déclaration serait faite auprès du CEPS qui pourra prononcer une pénalité en cas de non-déclaration ou d''erreur manifeste de cette déclaration. Un contrôle mené par les Urssaf dans le cadre de leurs opérations habituelles auprès des laboratoires et des grossistes (au titre notamment des taxes sur le chiffre d'affaires dont sont redevables ces entreprises) permettra de s'assurer de la qualité de ces déclarations.

---

[28] Voir les rapports de l'assurance maladie sur les charges et les produits, notamment celui de la CNAMTS pour 2013.

[29] IGAS, « *Evaluation de la politique française des médicaments génériques* », Rapport, septembre 2012.

Grace à ces informations, le CEPS sera en mesure de mieux cibler ses négociations (vers les produits où les remises et donc les marges financières sont les plus élevées) mais également de mieux les calibrer par type de produit. Ceci devrait conduire à des économies globalement plus élevées mais aussi plus efficacement réparties d'un point de vue économique.

Autres options possibles :

La mesure de transparence des remises pratiquées sur les médicaments génériques aurait pu être étendue à l'ensemble des médicaments. Toutefois, le plafond de remise s'agissant des princeps est beaucoup plus faible que pour les génériques (limité à 2,5% du prix hors taxe du princeps contre 17% pour le générique) et une telle extension aurait dès lors beaucoup moins d'intérêt et donc de sens dans l'optique de peser sur les négociations de prix des médicaments, tout en s'avérant beaucoup plus lourde en gestion puisque sur un champ bien plus vaste.

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

La mesure aura un impact pérenne à compter de 2015 sur les dépenses de la branche maladie du régime et trouve à ce titre sa place dans la LFSS conformément au 2e du C du V de l'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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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) ?

Oui

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

a) Possibilité de codification

Oui, dans le code de la sécurité sociale (création d'un nouvel article L. 138-9-1)

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Oui

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 non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Les médicaments génériques représentent un chiffre d'affaires annuel de l'ordre de 3 Md€. Après une première déclaration de l'ensemble des remises pour 2014, et dans l'hypothèse prudente où ces informations permettraient au CEPS de réduire chaque année à partir de 2015 en moyenne de 0,5 point supplémentaire les prix des médicaments génériques, l'économie pour l'assurance maladie serait de l'ordre de 15 M€ supplémentaire par an.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
Branche maladie des régimes obligatoires de base			15 M€	30 M€	45 M€

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

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

a) impacts économiques

Comparativement aux montants des mesures d'économies négociées par le CEPS sur le prix des médicaments génériques (qui se chiffrent en centaines de millions d'euros chaque année), cette mesure n'aura qu'un impact limité sur l'industrie du générique qui a par ailleurs bénéficié largement de la politique active en faveur de la substitution du générique (on rappelle que le taux de substitution en officine a atteint près de 85% fin 2012).

b) impacts sociaux

Sans impact

c) impacts sur l'environnement

Sans impact

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

Sans impact

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

a) impact sur les personnes physiques

Non

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

Oui sur :

* le comité économique des produits de santé qui recevra les déclarations et devra les regarder et éventuellement prononcer des pénalités en cas de non-déclaration ou d'erreur manifeste ;

* les URSSAF qui devront contrôler ces déclarations.

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

Oui pour :

*le CEPS qui devra regarder ces déclarations, éventuellement de mettre en place un système informatique de traitement de ces déclarations et si besoin prononcer des pénalités.

* les URSSAF procèderont au contrôle de ces déclarations dans le cadre de leurs opérations habituelles de contrôle des entreprises.

d) impact budgétaire

La branche recouvrement du régime général effectuera le contrôle de ces déclarations à moyens constants.

e) impact sur l'emploi

Compte tenu des impacts économiques limités sur l'industrie du générique, cette mesure n'aura pas d'impact significatif sur le niveau d'emploi.

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

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

La mesure nécessite un décret en conseil d'Etat pour son application qui devrait être publié avant la fin du 1er semestre 2014.

2. **Existence de mesures transitoires ?**

Non

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

Les URSSAF pourront dès 2015 vérifier les déclarations des fournisseurs dans le cadre de leurs contrôles au titre de 2014.

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

Non

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 CEPS publie un rapport annuel d'activité tous les ans. Il lui reviendra dans ce cadre de préciser les montants déclarés et le nombre et montants des pénalités prononcées.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 138-9-1 *nouveau* du code de la sécurité sociale
	Tout fournisseur des officines de spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est tenu de déclarer au comité économique des produits de santé mentionné à l'article L. 162-17-3 les montants totaux, par année civile et par spécialité pharmaceutique, des chiffre d'affaires hors taxes réalisés en France et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties, conformément à l'article L. 138-9, au titre des ventes de ces spécialités pharmaceutiques remboursables aux officines de pharmacie. Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis ou lorsque cette déclaration s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fournisseur au titre du dernier exercice clos et des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné. 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 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 organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au comité économique des produits de santé. Les modalités et délais de déclaration des

	montants des chiffres d'affaires et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties ainsi que les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.

ARTICLE 41

EVOLUTION DU DISPOSITIF DE LA REGULATION DE LA LISTE EN SUS ET CONTRAT DE BON USAGE

I. Présentation de la mesure

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

Les produits de santé (spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux) financés en sus des prestations d'hospitalisation sont encadrés par deux mécanismes mis en œuvre localement par les agences régionales de santé (ARS) : le contrat de bon usage (CBU) des médicaments et des produits et prestations, dont l'objectif premier est d'améliorer la qualité du circuit des produits de santé à l'hôpital et un dispositif de régulation, axé sur la maîtrise économique de ce poste de dépenses par la qualité des prescriptions.

Ce dispositif de régulation, instauré par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, repose sur la fixation d'un taux national, arrêté annuellement, servant de base au ciblage des établissements de santé dont le taux de progression des dépenses sur la liste est supérieur au taux national et qui feront en conséquence l'objet d'un contrôle de qualité des prescriptions des produits de la liste en sus par les ARS. En cas de croissance des dépenses induite par un mésusage constaté, l'ARS, si elle le juge pertinent, peut proposer un plan d'actions à l'établissement destiné à améliorer ses pratiques de prescription.

Le contrat de bon usage (CBU), lui, est conclu entre l'ARS, l'assurance maladie et l'établissement. Lorsque l'établissement refuse de contractualiser, il n'est remboursé qu'à hauteur de 70% du prix du produit. L'établissement, partie au contrat et qui en respecte les dispositions, bénéficie de la prise en charge à 100% des produits de santé des listes en sus. En revanche, en cas de non respect des obligations contractuelles, le remboursement des produits de santé à l'établissement peut être réduit dans la limite de 30% de la part prise en charge par l'assurance maladie.

Le CBU et la régulation au titre de l'article 47 de la LFSS pour 2009 sont donc les deux facettes d'une même action en faveur d'un meilleur pilotage des dépenses : le CBU permet de réguler le bon usage des médicaments dans son versant qualitatif alors que la régulation au sens de l'article 47 de la LFSS pour 2009 permet d'en réguler le versant quantitatif.

Toutefois, la coexistence de deux dispositifs juridiquement distincts a montré ses limites : doublement de procédures menées en parallèle, rigidité interdisant aux ARS d'aménager les dispositions pour s'adapter au contexte local et complexité de gestion à la fois pour les ARS et pour les établissements.

Aujourd'hui, il s'avère donc nécessaire de faire évoluer ces deux outils de gestion contractuelle des produits de la liste en sus afin d'en simplifier les procédures et de laisser aux régions une plus grande liberté d'appréciation des situations propres à chaque établissement.

L'objectif de la mesure est donc de mettre à disposition des ARS un unique outil contractuel, d'emploi plus simple et plus souple par les différents acteurs, en conservant une dimension quantitative et une dimension qualitative, ayant chacune ses propres indicateurs, de façon à contribuer de manière cohérente à la régulation des dépenses sur la liste en sus.

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

La présente mesure vise donc à organiser cette évolution, en laissant davantage d'autonomie locale et en l'intégrant au contrat de bon usage.

La mesure proposée consiste à :

- supprimer les taux de régulation fixés au niveau national qui contraignent les ARS, à ne cibler que les établissements à forte croissance, tout en négligeant les autres établissements dont la

pertinence des prescriptions n'est jamais évaluée. Comme évoqué *supra*, ce point est perçu comme une trop forte contrainte sur les initiatives locales et une carence du dispositif.

- introduire la fusion les dispositifs au sein du contrat de bon usage qui pourront ainsi conduire leurs actions dans un cadre unifié plus cohérent. Jusqu'à présent, les plans d'action issus de l'application de l'article L.162-22-7-2 qui pouvaient être conclus aux fins de maitrise des dépenses étaient simplement annexés au contrat de bon usage lui-même annexé au CPOM de l'établissement de santé et n'en constituait pas l'un des volets, manquant ainsi de visibilité. Désormais, la fixation d'un objectif quantitatif de maîtrise des dépenses sur la liste en sus au niveau d'un établissement se traduira par un avenant au contrat de bon usage entre l'ARS et l'établissement.

Une alternative proposant une simplification plus radicale des processus aurait pu consister en une suppression pure et simple de l'un des deux dispositifs mais cette option a été écartée car il est indispensable pour le Gouvernement de poursuivre conjointement un objectif de santé publique de prévention du mésusage de médicament à l'hôpital et un objectif, plus financier, de régulation des dépenses en limitant les prescriptions injustifiées.

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

Cette mesure a un impact financier sur les dépenses d'assurance maladie (1° et 2° du C du V de l'article LO 111-3 CSS) dans la mesure où il s'agit de modifier les modalités de régulation de la liste en sus.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 compétence des seuls 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

Cette mesure vient modifier l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Le dispositif de régulation de la liste en sus étant intégré au contrat de bon usage (à l'article L. 162-22-7), ses dispositions législatives codifiées à l'article L. 162-22-7-2 sont supprimées.

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 +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P*	2015	2016	2017
Assurance maladie		+ 7M€	+ 7M€	+ 7M€	+ 7M€

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

La fusion des deux dispositifs et la suppression des taux nationaux de ciblage des établissements de santé devraient permettre aux ARS de doubler :

- le nombre d'établissements contrôlés au titre de la prévention du mésusage des médicaments (environ 300 établissements au total, soit 20% des établissements).
- le nombre d'établissement concernés par le volet régulation et dont le contrat CBU ferait l'objet d'un avenant spécifique à ce titre (soit près de 50 contrats).

En retenant l'objectif que ces contrats doivent permettre de diminuer de 5% les dépenses de ces établissements au titre de la liste en sus, l'économie attendue est de l'ordre de 7 M€.

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

a) impacts économiques

Les économies pour l'assurance maladie induites par la mesure, via une réduction de la prescription de médicaments dans les hôpitaux, sont d'un montant trop faible pour avoir un impact significatif sur le secteur du médicament, en particulier sur les laboratoires pharmaceutiques.

b) impacts sociaux

La mesure proposée n'a pas d'impact social mesurable mais participe à la politique de santé publique (via la prévention du mésusage des médicaments).

c) impacts sur l'environnement

La mesure proposée n'a aucun impact sur l'environnement

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

La mesure proposée n'a aucun impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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 proposée n'a aucun impact sur les personnes physiques

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

Cette mesure permet d'une part, de faciliter le travail des ARS en ce qu'elle simplifie les procédures attachées aux dispositifs existants (notamment via la mutualisation des contrôles des établissements

qui sera prévue dans le cadre du décret d'application) et d'autre part, de donner aux régions une plus grande autonomie en matière de régulation.

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

La mesure ne devrait pas avoir d'impact significatif sur la charge globale administrative puisque les simplifications induites doivent permettre d'augmenter le nombre d'établissements sous contrat à charge de travail constante.

d) impact budgétaire

La mesure n'a pas d'impact budgétaire, notamment parce qu'elle n'alourdit pas la charge administrative

e) impact sur l'emploi

La mesure n'a aucun impact sur l'emploi

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

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

Un décret est nécessaire pour appliquer la mesure.

Ce décret sera publié au plus tard au 3ème trimestre 2014.

2. Existence de mesures transitoires ?

Oui**.** Les plans d'actions conclus avant cette date en application dudit article demeurent applicables jusqu'à leur échéance.

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

Les caisses de sécurité sociale et les cotisants ne sont pas directement concernés par la mesure.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés et cotisants ne sont pas concernés par la mesure.

5. Suivi de la mise en œuvre

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

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Un bilan annuel des CBU conclus et des contrats dans le cadre de la régulation de la liste en sus existe actuellement. La fusion des deux dispositifs ne remet pas en cause le suivi annuel qui se fera à compter de 2014 exclusivement au travers du bilan annuel portant sur les CBU.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.162-22-7 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.162-22-7 *modifié* du code de la sécurité sociale**
L'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées.	**I.** L'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées.
Bénéficient d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et l'assurance maladie dans des conditions définies par décret.	Bénéficient d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et l'assurance maladie dans des conditions définies par décret.
Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.	Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.
Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.	Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.
Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.	Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.
La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés.	La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés.
	II. Lorsque l'Agence régionale de santé constate, notamment sur la base de l'analyse

	nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au I, au sein d'un établissement de santé, des prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, elle peut conclure un avenant annuel à ce contrat mentionné au I comportant les mesures nécessaires à l'amélioration et à une plus grande efficience des pratiques de prescription de cet établissement pour les produits concernés. **En cas de refus de l'établissement de signer l'avenant mentionné au précédent alinéa ou en cas de non respect manifeste de ces dispositions, l'agence régionale de santé peut, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations et en tenant compte des manquements constatés, prononcer la réduction du remboursement de 10% de la part prise en charge par l'assurance maladie pour une durée d'un an. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant du I, dans la limite maximale de 30% de la part prise en charge par l'assurance maladie.** **Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret.**
Article L.162-22-7-2 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.162-22-7-2 *modifié* du code de la sécurité sociale**
L'Etat arrête, sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2, deux taux prévisionnels d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes respectivement à ces spécialités pharmaceutiques et à ces produits et prestations. Lorsqu'elle estime, compte tenu des référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé , que le dépassement d'au moins un de ces taux par un établissement de santé n'est pas justifié, l'agence régionale de santé conclut, pour une durée d'un an, avec les autres signataires du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7, un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques de cet établissement. Ce plan d'actions est annexé au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations.	~~L'Etat arrête, sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2, deux taux prévisionnels d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes respectivement à ces spécialités pharmaceutiques et à ces produits et prestations.~~ ~~Lorsqu'elle estime, compte tenu des référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé , que le dépassement d'au moins un de ces taux par un établissement de santé n'est pas justifié, l'agence régionale de santé conclut, pour une durée d'un an, avec les autres signataires du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7, un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques de cet établissement. Ce plan d'actions est annexé au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations.~~

En cas de refus de l'établissement de signer ce plan ou si l'établissement ne respecte pas le plan auquel il a souscrit, le remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie est réduit à concurrence de 10 %, pour une durée d'un an, en fonction des manquements observés, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant de l'article L. 162-22-7, dans la limite maximale de 30 %. La différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.	~~En cas de refus de l'établissement de signer ce plan ou si l'établissement ne respecte pas le plan auquel il a souscrit, le remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie est réduit à concurrence de 10 %, pour une durée d'un an, en fonction des manquements observés, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant de l'article L. 162-22-7, dans la limite maximale de 30 %. La différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.~~
	Dispositions transitoires non codifiées
	L'article L. 162-22-7-2 est abrogé. Ses dispositions continuent de s'appliquer aux plans d'actions conclus avant la date de publication de la présente loi jusqu'à leur échéance.

ARTICLE 42

SIMPLIFICATION DES REGLES DE TARIFICATION DES ACTES INOVANTS NECESSAIRES A L'UTILISATION OU A LA PRISE EN CHARGE DES PRODUITS DE SANTE

I. Présentation de la mesure

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

L'accès aux nouvelles technologies et donc aux nouvelles alternatives thérapeutiques ou diagnostiques est très souvent conditionné à la création d'un acte. Or, ces nouvelles alternatives, qui permettraient parfois d'améliorer sensiblement le service attendu par le patient voient leur diffusion freinée en France par des délais d'inscription de l'acte très élevés (en moyenne 3 ans).

Aujourd'hui l'inscription d'un acte sur la liste des actes et prestations prévue à l'article L. 162-1-7 du code de sécurité sociale débute par une saisine de la Haute Aurorité de santé (HAS), qui rend un avis médical sur l'acte, évaluant son intérêt diagnostique et thérapeutique ainsi que son intérêt en termes de santé publique. En vue de sa tarification, l'acte est ensuite hiérarchisé par la commission compétente, composée des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Une fois la hiérarchisation effectuée, l'UNCAM procède à la tarification de l'acte et à son inscription à la nomenclature.

Deux procédures dérogatoires à cette procédure d'inscription « classique » sont prévues dans le CSS :

- Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte pour des raisons de santé publique (cf. 4ème alinéa de l'article L162-1-7 du CSS). Dans ce cas, c'est lui qui procède à la hiérarchisation et à la tarification. Cette disposition a jusqu'à présent été utilisée de manière extrêmement restrictive (deux cas pour l'ostéodensitométrie en 2006 et pour le vaccin de la grippe H1N1 en 2011).
- L'Uncam a la faculté d'arrêter les règles de hiérarchisation des actes de biologie médicale (cf. article L162-7-2 du CSS). La commission de hiérarchisation des actes de biologie (CHAB) ne rend qu'un avis consultatif. Toutefois, à ce jour, l'Uncam n'a pas fait usage de cette compétence pour inscrire un nouvel acte à la NABM qui n'aurait pas préalablement été examiné en CHAB par les professionnels du secteur. Cette procédure ne concerne actuellement que la NABM et non la CCAM et la NGAP.

Les délais d'inscription et de tarification des nouveaux actes sont très élevés (3 ans en moyenne). Face à ce constat le Conseil stratégique des industriels de santé (CSIS) a amorcé une réflexion visant à simplifier et accélérer la création d'un acte innovant nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée fait suite aux travaux du CSIS et concerne les actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé définis à l'article L. 5211-1 ou à l'article L. 5221-1 du code de santé publique. Les produits de santé visés sont notamment les dispositifs médicaux classiques, implantables ou non, les tests compagnons, les équipements d'imagerie, les dispositifs médicaux de diagnostics in vitro et les consommables onéreux. La définition de l'acte innovant, sera notamment fondée sur l'amélioration du service attendu de l'acte par la Haute Autorité de santé.

Il s'agit de permettre une inscription plus rapide d'un nouvel acte associé à ce type de produits aux différentes nomenclatures (CCAM, NABM, NGAP) en cas d'échec de la phase de hiérarchisation de droit commun. L'objectif est d'aboutir à la hiérarchisation dans les 6 mois suivant le prononcé de l'avis de la HAS.

Afin de pallier une éventuelle absence de délibération de la commission compétente dans un délai maximal de 5 mois à compter de la transmission de l'avis de la HAS, il est proposé que l'Uncam procède à la hiérarchisation de l'acte :

- L'Uncam disposerait alors d'un délai maximal d'un mois pour procéder elle-même à la hiérarchisation de l'acte et transmettre sa décision d'inscription de l'acte aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est rappelé qu'une décision d'inscription peut aujourd'hui être transmise avec ou sans tarif. L'inscription sans tarif est particulièrement pertinente en cas d'acte innovant principalement réalisé en secteur hospitalier.

- Dans le cas où l'Uncam n'aboutirait pas à une décision d'inscription de l'acte, elle devrait en informer les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en justifier les raisons. Les raisons motivant l'absence de décision pourraient être notamment le manque d'évaluations médico-économiques où le coût pour l'assurance maladie. Dans ce cas, la procédure de droit commun reprendrait son cours.

Autres options possibles :

Une alternative aurait été de contraindre l'Uncam à procéder à la hiérarchisation en cas d'absence de délibération de la commission compétente dans les 5 mois suivant l'avis de la HAS, plutôt que de lui ouvrir une simple possibilité d'agir unilatéralement, afin de garantir l'aboutissement du processus dans des délais restreints (inférieurs à 6 mois). Cette option a toutefois été écartée car elle viendrait remettre en cause le principe fondamental sous-tendant le processus de hiérarchisation qui repose sur la négociation conventionnelle. Ce principe demeure la règle et les dérogations doivent y être très limitées.

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

La réforme de la procédure d'inscription des actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé a un impact sur les dépenses de l'assurance maladie estimé à 2,5M €. En effet, l'instauration d'une procédure accélérée aura pour effet d'augmenter le nombre d'actes nouvellement inscrits et donc les remboursements associés.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 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 prolonge un dispositif déjà existant et ne crée pas de difficulté juridique nouvelle.

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

a) Possibilité de codification

La mesure proposée serait codifiée à l'article L. 162-1-7-1 du code de sécurité sociale. Elle implique de modifier et de recodifier les articles suivants :

- l'article L. 162-1-7-1 devient article L. 162-7-2 *nouveau* du code de la sécurité sociale
- l'article L. 162-1-7-2 devient article L. 162-1-7-3 *nouveau* du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Pas d'abrogation.

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 permettant d'accélérer l'inscription à la nomenclature d'actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé devrait avoir un impact limité sur les finances de l'assurance maladie.

Elle ne sera opérationnelle qu'à mi année 2014, une fois écoulé le délai de 5 mois laissé à la procédure classique (phase de hiérarchisation) pour suivre son déroulement.

A court terme, cette mesure engendre un coût pour l'assurance maladie estimé à 2,5 M€ en année pleine, du fait du remboursement de nouveaux actes.

Néanmoins, et bien qu'il soit difficile de le mesurer à ce stade, l'objectif de la présente mesure est de permettre de développer des prises en charge innovantes susceptibles, à moyen terme, de générer des gains d'efficience et donc des économies 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 +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
		-2,5M			

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

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

a) impacts économiques

L'inscription accélérée des actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé répond à une demande des industriels. Il s'agit d'améliorer la diffusion des DM innovants.

b) impacts sociaux

L'inscription accélérée des actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé permettra de faciliter leur prise en charge par l'assurance maladie, en établissement de santé (par les GHS) et en ambulatoire lorsque l'inscription de l'acte sera

assortie d'un tarif. Cela se traduit par un meilleur accès aux nouvelles alternatives thérapeutiques et diagnostiques.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Les personnes physiques concernées sont les assurés. L'inscription accélérée des actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé facilite l'accès aux nouvelles alternatives thérapeutiques et diagnostiques, et offre une meilleure prise en charge par l'assurance maladie.

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

Il n'y a pas d'impact sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale.

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

Il n'y a pas d'impact sur la charge administrative ni sur les systèmes d'information.

d) impact budgétaire

Il n'y a pas d'impact sur les moyens des caisses de sécurité sociale.

e) impact sur l'emploi

Cette mesure n'a pas d'impact significatif sur l'emploi.

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

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

L'application de la mesure nécessitera :

- Un décret en Conseil d'Etat pour définir notamment le champ des actes innovants, fondé en particulier sur l'amélioration du service attendu, en application des articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale.
- Un décret simple pour fixer les délais prévus par les articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale.

2. Existence de mesures transitoires ?

Des mesures transitoires ne sont pas nécessaires.

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

La mise en œuvre se fera à compter de l'entrée en vigueur de la loi et des décrets.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des assurés ou cotisants se fera éventuellement par le site ameli.fr.

5. Suivi de la mise en œuvre

Il sera demandé à l'Uncam de produire un bilan annuel relatif à la mise en œuvre de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale
	En l'absence de hiérarchisation par la commission prévue au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, d'un acte innovant ne relevant pas de l'article L. 162-1-7-1 et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis à l´article L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation de cet acte. **Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de 30 jours à compter de l'expiration du délai mentionné à l'alinéa précédent.** **En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le délai mentionné au deuxième alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.** **Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.**
Article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale**
Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les biologiste-responsable et biologistes coresponsables mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7.	Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les biologiste-responsable et biologistes coresponsables mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7. **En l'absence de décision d'inscription des**

	actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en précise les motifs aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. **Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.**

ARTICLE 43

RENFORCEMENT DE L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE A DESTINATION DES JEUNES

I. Présentation de la mesure

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

❖ **Les conditions actuelles de prise en charge des TSN par l'assurance maladie ne répondent pas suffisamment à la nécessité de renforcer l'aide au sevrage tabagique**

Mis en place le 1er février 2007, un forfait financé par le fonds de prévention des caisses d'assurance maladie (FNPEIS) permet de rembourser les substituts nicotiniques les traitements par substituts nicotiniques et certains médicaments (patch, gomme, pastille, inhalateur) utilisés dans le sevrage tabagique, à hauteur de 50€ par an et par assuré. Les jeunes de 20 à 25 ans sont déjà éligibles à ce forfait.

A compter du 1er septembre 2011, cette prise en charge a été augmentée à hauteur de 150€ pour les femmes enceintes

En 2012, le montant des TSN remboursés est de 10,3M€ et un peu plus de 220 000 bénéficiaires soit 1,20% de la population désireuse de s'arrêter de fumer (13,6M de fumeurs dont 60% désireraient s'arrêter de fumer)

Les dépenses diminuent depuis la mise en place de cette prise en charge : 19,5 millions en 2008, pour redescendre à 15,6 en 2009, remonter à 16,8 millions en 2010 et s'effondrer à 13,8 millions en 2011 pour atteindre ce chiffre le plus bas de 10,3 millions en 2012.

Or, selon la Haute Autorité de santé, une extension de la prise en charge des TSN, conjuguée à un renforcement de l'accompagnement des fumeurs désirant arrêter, est la stratégie la plus efficiente pour favoriser la diminution de l'incidence du tabac

❖ **Les programmes d'accompagnement au sevrage tabagique qui existent à l'heure actuelle ne répondent pas pleinement aux besoins**

Toute action sur le niveau de prise en charge des TSN doit nécessairement s'accompagner du renforcement de l'accompagnement au sevrage, à l'instar de la politique mise en œuvre dans les dernières années en Grande-Bretagne et au Québec avec des résultats probants de baisse de la consommation du tabac. En effet, la synthèse de revues de littérature publiée par l'IRDES en décembre 2012[30] souligne que toute intervention d'accompagnement, quel que soit le type de professionnel qui la pratique, augmente la probabilité d'arrêt du tabac à 6 mois de 75%. A l'inverse, selon la HAS, en l'absence de toute aide pharmacologique ou non pharmacologique à l'arrêt, les taux de sevrage tabacologique sont faibles (de l'ordre de 3 à 5% sur 6-12 mois[31]). Dans la recommandation de bonne pratique à paraître[32], la HAS souligne également que les stratégies optimales consistent à associer TSN et accompagnement par un professionnel de santé plus ou moins intensif. La couverture financière des différentes thérapeutiques (TSN, soutien comportemental) fournit des ratios coût/efficacité favorables par rapport à l'absence de couverture financière en termes de coût par fumeur abstinent, de coût par année de vie gagnée et de coût par Qualy.

Cet accompagnement repose à l'heure actuelle sur différents dispositifs, notamment :

- les 650 consultations de tabacologie à l'hôpital ;
- les réseaux d'addictologie (environ une quarantaine de réseaux financés par les ARS sur le FIR à l'heure actuelle) ;

[30] « L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature », *Questions d'économie et de santé* n° 182, décembre 2012

[31] Avis de la HAS relatif aux stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabacologique, 2007

[32] « Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence », mai 2013, p. 458

- les 850 centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie ;
- la ligne téléphonique, comprenant un accompagnement à deux niveaux dont un entretien avec un tabacologue, et le coaching par mail proposés par l'INPES via « Tabac Info Services ».

Toutefois, ces dispositifs présentent trois limites principales qui appellent à la mise en place d'un programme d'accompagnement qui serait piloté par l'assurance maladie :

- ces dispositifs ne sont pas fondés sur un ciblage des assurés pour qui cet accompagnement au sevrage serait le plus pertinent ni sur une démarche proactive vis-à-vis de ces derniers, à l'image de celle mise en œuvre par le programme sophia, grâce à l'exploitation du SNIIRAM et du PMSI, vis-à-vis des patients diabétiques ;
- le lien entre ces dispositifs et le médecin traitant ou la sage-femme généralement à l'origine de la prescription du TSN est insuffisant, ce qui nuit à la complémentarité des deux approches pharmacologiques et comportementale ;
- bien que les éléments d'évaluation disponibles soient encore insuffisants, la capacité de ces dispositifs à accompagner le public potentiel de fumeurs désireux d'arrêter leur consommation (7,6M de personnes) est questionnable. A titre d'exemple, le nombre d'entretiens téléphoniques avec des tabacologues réalisés en 2011 dans le cadre de Tabac Info Services s'élevait à 30 000.

Un grand nombre d'Etats européens ont mis en place dans les dernières années des services téléphoniques d'aide à l'arrêt du tabac[33]. Ainsi, en Grande-Bretagne, où la prévalence tabacologique a reculé de 10 points depuis 2009, 800 000 fumeurs par an sont pris en charge chaque année par des « Stop Smoking Centers » joignables par téléphone qui orientent le fumeur vers un professionnel (infirmière du niveau primary care, pharmacien, psychologue ou travailleur social). Le taux de succès du dispositif est estimé à 49% à 4 semaines[34].

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

❖ **Accroître le montant du forfait de prise en charge des TSN financé sur le FNPEIS à l'attention des jeunes de 20 à 25 ans**

Ce montant serait triplé et fixé à 150€ par an, soit le même niveau que celui dont peuvent bénéficier les femmes enceinte désireuses de s'arrêter de fumer.

❖ **Mettre en place un programme pour renforcer l'accompagnement à l'arrêt du tabac**

Un tel programme d'accompagnement pourrait être expérimenté, dans un premier temps, par l'assurance maladie au titre de la compétence prévue par l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale[35]. L'article L. 162-1-11 sera complété en faisant apparaître plus clairement la compétence de l'assurance maladie pour accompagner les personnes, et notamment les jeunes, désireux d'arrêter le tabac et bénéficiaires d'une prescription de TSN.

Dans son rapport « charges et produits 2014 », la CNAMTS propose ainsi de développer une offre sur internet ou téléphonie mobile, en lien avec l'INPES, qui serait complémentaire de Tabac Info Service.

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

Ces mesures génèrent un impact sur le FNPEIS qui est financé par l'assurance maladie.

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

[33] Ces services sont regroupés à l'heure actuelle dans un réseau européen de « quit lines ».
[34] Cour des comptes, « Les politiques de lutte contre le tabagisme », décembre 2012, p. 187
[35] 4ème alinéa : « Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé. »

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 ?

Sans objet.

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

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)	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***
Extension du montant du forfait annuel TSN pour les 20-25 ans (FNPEIS)			- 40	-40	-40

Le bilan du montant dépensé à ce jour pour cette tranche d'âge avec le forfait à 50€ est difficile à établir car les données de la CNAMTS ne permettent pas d'extraire le nombre de bénéficiaires âgées de 20 à 25 ans qui consomment déjà ce forfait annuel pour comparer avec les estimations faites.

Toutefois, une estimation sur la base de l'hypothèse selon laquelle 60% des 20-25 seraient désireux d'arrêter de fumer (ce qui correspond au taux de personnes désireuses d'arrêter de fumer, tous âges confondus - enquête ITC et recommandation HAS de bonnes pratiques en mars 2012 - mais constitue sans doute un majorant, au regard la tranche d'âge concernée), en faisant l'hypothèse d'un pourcentage d'utilisateurs de TSN (non connu à ce jour) de 30%, conduit à une dépense de 20 M€.

Une augmentation du forfait à 150€ par an conduirait selon ces hypothèses à un coût supplémentaire pour l'assurance maladie de l'ordre de 40 M€.

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Amélioration de l'aide au sevrage tabagique. Prévention des décès et maladies liées directement au tabagisme (cancers, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, etc.)

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

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**

Sans objet.

2. **Existence de mesures transitoires ?**

Non.

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

A déterminer.

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

A déterminer.

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. 162-1-11 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-1-11 *modifié* du code de la sécurité sociale**
Les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie assurent, par tous moyens adaptés, une mission générale d'information des assurés sociaux, en vue notamment de faciliter l'accès aux soins et à la protection sociale et de leur permettre de connaître les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'ils reçoivent sont pris en charge.	Les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie assurent, par tous moyens adaptés, une mission générale d'information des assurés sociaux, en vue notamment de faciliter l'accès aux soins et à la protection sociale et de leur permettre de connaître les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'ils reçoivent sont pris en charge.
Les assurés sociaux peuvent obtenir toutes informations utiles portant notamment sur les tarifs applicables, les taux de remboursement et les conditions de prise en charge des services et des produits de santé, ainsi que sur le bon usage des soins ou de ces produits.	Les assurés sociaux peuvent obtenir toutes informations utiles portant notamment sur les tarifs applicables, les taux de remboursement et les conditions de prise en charge des services et des produits de santé, ainsi que sur le bon usage des soins ou de ces produits.
Les caisses peuvent également mettre en œuvre des services de conseils administratifs ou d'orientation. Ces services doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions. Ils peuvent en particulier fournir tous éléments d'information sur les services assurés par les établissements de santé et sur la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles ou réglementaires les régissant ainsi que sur leur adhésion aux contrats prévus à l'article L. 162-12-21 du présent code et à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, et leur participation à la formation continue, à la coordination des soins et à la démarche d'évaluation de la qualité professionnelle prévue à l'article L. 4133-1 du code de la santé publique. Ils fournissent également tous éléments d'information sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés et toutes informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins.	Les caisses peuvent également mettre en œuvre des services de conseils administratifs ou d'orientation. Ces services doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions. Ils peuvent en particulier fournir tous éléments d'information sur les services assurés par les établissements de santé et sur la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles ou réglementaires les régissant ainsi que sur leur adhésion aux contrats prévus à l'article L. 162-12-21 du présent code et à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, et leur participation à la formation continue, à la coordination des soins et à la démarche d'évaluation de la qualité professionnelle prévue à l'article L. 4133-1 du code de la santé publique. Ils fournissent également tous éléments d'information sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés et toutes informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins.
Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé.	Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé.
	Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'aide au sevrage tabagique visant à apporter des conseils et un soutien pour favoriser l'arrêt du tabac à l'attention des personnes bénéficiaires de la prescription d'un

	traitement de substitution nicotinique.
Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions et veillent à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires.	Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions et veillent à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires.
Les organismes qui gèrent un régime obligatoire pour le compte d'une caisse d'assurance maladie peuvent, dans le cadre d'une convention spécifique, être associés à la mission prévue par le présent article.	Les organismes qui gèrent un régime obligatoire pour le compte d'une caisse d'assurance maladie peuvent, dans le cadre d'une convention spécifique, être associés à la mission prévue par le présent article.
Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions, en veillant à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires, et en l'évaluant chaque année avec le concours de représentants des familles et des usagers.	Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions, en veillant à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires, et en l'évaluant chaque année avec le concours de représentants des familles et des usagers.

ARTICLE 44

TIERS PAYANT SUR LES CONSULTATIONS ET EXAMENS PREALABLES A LA CONTRACEPTION CHEZ LES MINEURES D'AU MOINS 15 ANS

I. Présentation de la mesure

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

L'accès à la contraception est un élément majeur pour offrir aux adolescentes les meilleures conditions d'entrée dans la vie sexuelle et affective.

Cependant, chaque année, environ 11 000 jeunes filles mineures ont recours à une interruption volontaire de grossesse.

De nombreuses études (Rapport Poletti, rapports IGAS, baromètre INPES, études DREES) montrent que l'une des causes de ces grossesses non désirées est la prise irrégulière du moyen de contraception, et ce notamment en raison de difficultés financières.

C'est pourquoi, le Gouvernement dans la LFSS pour 2013 a instauré la gratuité de la contraception pour les assurées mineures de plus de 15 ans en ajoutant les frais liés à l'achat des contraceptifs pour les mineurs de plus de 15 ans à la liste des cas pour lesquels la participation de l'assuré peut être supprimée. Le taux de remboursement des contraceptifs par l'assurance maladie obligatoire est ainsi passé à 100%.

Cependant cette mesure, si elle permet l'acquisition gratuite de contraceptifs, n'a pas levé tous les freins financiers éventuels d'accès à la contraception. Ainsi, la consultation chez le médecin ou la prescription par une sage femme et les examens préalables éventuels demeurent pris en charge dans les conditions de droit commun avec un reste à charge pour l'assuré, qui doit en outre faire l'avance des frais chez les professionnels de santé concernés avant de bénéficier du remboursement de l'assurance maladie ainsi que de sa complémentaire santé le cas échéant.

Il convient donc de compléter les avancées réalisées ces derniers mois pour l'accès à la contraception afin de permettre aux jeunes filles d'y recourir plus facilement.

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

Mesure proposée :

Afin de faciliter le recours à la contraception, il est proposé d'instaurer un tiers-payant sur la part prise en charge par l'assurance maladie pour les consultations et examens préalables réalisés par les assurées mineures de plus de 15 ans en vue de leur contraception.

Les assurées concernées n'auront donc plus que la part correspondant au ticket modérateur (30% du coût de la consultation) à avancer lors de leur visite chez les professionnels de santé concernés.

Autres options possibles :

Une solution alternative aurait pu consister à instaurer une gratuité des consultations et examens préalables à la contraception. Cependant, une telle gratuité, outre son coût élevé, présenterait un risque de dérives difficilement maitrisable et soulèverait des problèmes de faisabilité technique complexes.

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

Cette mesures prend place dans la loi de financement au titre de son impact sur les dépenses des régimes d'assurance maladie (2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale). La mise en œuvre du tiers payant favorisera la consultation des professionnels de santé augmentant ainsi les dépenses d'assurance maladie au titre des consultations et examens concernés.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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.

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

a) Possibilité de codification

Création d'un article L. 162-4-5 dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

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

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui sauf à 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

La mise en place du tiers payant a pour objectif d'augmenter le taux de recours à la contraception des mineures d'au moins 15 ans.

Chiffrage de la mesure :

Organisme (s) impacté (s) (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en millions d'euros)**				
	2012 (rectificatif)	***2013 P ou R****	***2014 R***	***2015***	***2016***

Maladie (CNAMTS)			+ 2	+ 2	+ 2

L'estimation de l'impact financier repose sur les hypothèses suivantes :

- une hausse de 10 points (soit environ 50 000 mineures) du taux de recours à une contraception hors préservatif de la part de la population des jeunes filles de 15 à 17 ans révolus sexuellement actives (le taux de recours actuel étant de 55%) ;
- La prise en charge dans les conditions de droit commun de 4 consultations de spécialistes sur 3 ans (deux la première année et une les suivantes) ainsi que du prélèvement et des examens de biologie nécessaires (glycémie, triglycérides, cholestérol, forfait préanalytique ainsi qu'un test de coagulation dans un cas sur deux) ;

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Sans incidence.

b) impacts sociaux

La mesure a pour effet d'améliorer l'accès à la contraception pour les assurées mineures et d'offrir aux adolescentes les meilleures conditions d'entrée dans la vie sexuelle et affective tout en prévenant le recours à l'IVG.

c) impacts sur l'environnement

Sans incidence.

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

Sans incidence.

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

Mise à jour des systèmes d'information des régimes d'assurance maladie.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée à moyens constants.

e) impact sur l'emploi

Sans incidence

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, texte d'application directe

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

La mesure entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2014.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses d'assurance maladie pourront informer les assurées via le site ameli.fr.

5. Suivi de la mise en œuvre

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

Non

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

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 162-4-5 *nouveau* du code de la sécurité sociale
	Le médecin qui prescrit un médicament, produit ou objet contraceptif ou des examens de biologies médicales ordonnés en vue de prescriptions contraceptives à une assurée mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 ainsi que le biologiste médical qui réalise lesdits examens sont tenus d'appliquer une dispense d'avance des frais au bénéfice de cette assurée sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie.
	Article L. 168-2-1 *nouveau* du code de la sécurité sociale
	La sage-femme qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie.

ARTICLE 45

REFORME DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE SANTE

I. Présentation de la mesure

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

Aujourd'hui, l'assurance complémentaire santé est un élément essentiel de l'accès aux soins. Au niveau global, elle contribue à stabiliser le reste à charge des assurés sous la barre des 10%, en couvrant en 2012 13,7 % des dépenses de soins. Mais surtout, les organismes complémentaires sont les premiers financeurs de certaines dépenses de santé comme les soins dentaires, l'optique ou l'audioprothèse. La part des dépenses prise en charge par les organismes complémentaires, estimée à partir des comptes nationaux de la santé, en rapportant la dépense engagée par l'assurance maladie complémentaire à la dépense totale, s'établit à 72% en optique et 30% en audioprothèse[36]. Concernant la dépense en prothèses dentaires, le taux de prise en charge peut être approché à partir du taux de remboursement médian observé dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui est de 40%[37] Ainsi, dans ces secteurs, ne pas avoir de complémentaire santé est un facteur majeur de renoncement aux soins.

Or on estime qu'il y avait en 2012 2,5 millions de personnes sans couverture complémentaire santé, dont au moins la moitié y a renoncé pour des raisons financières. Quant aux 60 millions restants, ils sont couverts par des contrats de nature très diverse, tant en ce qui concerne leur coût que leur contenu. Ces contrats sont plus ou moins bien aidés par la collectivité, sur des critères plus ou moins bien fondés. Face à cette situation insatisfaisante, le Président de la République, dans son discours au congrès de la Mutualité en octobre 2012, a formulé l'objectif de « généraliser, à l'horizon 2017, l'accès à une couverture complémentaire de qualité », régulée par les pouvoirs publics.

Cet objectif se décline en trois axes :

- réorienter les aides publiques pour en élargir le nombre des bénéficiaires ;
- rendre véritablement attractifs les contrats solidaires et responsables ;
- réformer le contenu de ces contrats pour en faire de véritables instruments de régulation du système de santé.

Pour mettre en œuvre la généralisation de la complémentaire santé, la ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre délégué au budget ont saisi au printemps 2013 le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) afin qu'il formule ses propositions dans l'objectif de généralisation de la complémentaire santé. Le HCAAM a rendu son avis en juillet 2013.

Deux premières étapes ont permis de commencer à concrétiser cet objectif. Il s'agit tout d'abord de l'accord national interprofessionnel de janvier 2013, transposé par l'article 1er de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, qui permet de mettre en œuvre la généralisation de la protection complémentaire collective de santé à l'égard des salariés à l'horizon 2016. Ce mouvement de généralisation engagé par les partenaires sociaux fait perdre de sa justification à la niche fiscale dont bénéficient aujourd'hui les contrats collectifs santé : le HCAAM a ainsi jugé dans son avis du 18 juillet 2013 que *« l'objectif d'équité ainsi que les contraintes pesant actuellement sur les finances publiques rendent nécessaire une orientation prioritaire [des aides fiscales dont bénéficient les ménages] vers les ménages les plus modestes »*.

C'est la raison pour laquelle le PLF pour 2014 prévoit que, désormais, les cotisations prises en charge par l'employeur au titre de la complémentaire santé seront intégrées dans le revenu soumis à l'impôt. La fiscalisation de cet avantage permettra de financer la revalorisation des aides à l'acquisition d'une complémentaire santé des plus démunis.

---

[36] Données 2012. Source : DREES, Comptes nationaux de la santé.
[37] Données 2010. Source : DREES, Enquête sur les contrats modaux.

L'Etat a ainsi revalorisé le 1er juillet 2013 les plafonds de ressources ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS), de 7% en sus de l'inflation. Cette revalorisation du plafond de ressources permettra de couvrir 750 000 nouveaux bénéficiaires (400 000 nouveaux bénéficiaires pour la CMU-c, 350 000 pour l'ACS).

Le rapport du HCAAM soulignait tout d'abord, compte tenu du taux de couverture actuel de la population, la nécessité de favoriser le recours à la complémentaire santé pour les personnes les plus fragiles, en leur permettant tout à la fois de bénéficier d'un accès simplifié aux dispositifs existants (CMU-c, ACS) et surtout de contrats offrant un meilleur niveau de qualité. La généralisation doit en effet prioritairement aboutir à l'inclusion de ces personnes qui aujourd'hui ne souscrivent pas à la protection complémentaire pour des raisons financières, c'est-à-dire les 2% de la population, soit un peu plus d'un million de personnes, qui n'ont pas souscrit de contrat de couverture complémentaire pour ces raisons.

La CMU-c permet aux personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond de bénéficier d'une prise en charge complémentaire à l'assurance maladie obligatoire, gratuite et visant à supprimer tout reste à charge. Celle-ci couvre le ticket modérateur, le forfait journalier ainsi que certaines prestations au-delà du tarif de responsabilité (optique, prothèses dentaires, audioprothèses). Dans ce dernier cas, les professionnels sont tenus de respecter le tarif plafond fixé pour ces prestations. Les médecins de secteur 2 sont également tenus de respecter le tarif opposable.

L'aide à la complémentaire santé (ACS) permet aux personnes dont les ressources sont supérieures de 35% à celles fixées par le plafond ouvrant droit à la CMU-c de bénéficier d'une aide au financement d'un contrat individuel d'assurance complémentaire de santé.

Cette réduction du coût du contrat de complémentaire est opérée par l'intermédiaire d'un « chèque » que l'intéressé remet à l'organisme de protection complémentaire de son choix ; cet organisme bénéfice alors lui-même d'une réduction de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA) versée au Fonds de financement de la CMU.

Depuis l'avenant n° 8 à la convention médicale, les bénéficiaires de l'ACS ont droit à une prise en charge au tarif opposable auprès des médecins exerçant en secteur 2.

Fin décembre 2012, on dénombrait 1 million de bénéficiaires d'attestations de l'ACS et presque 774 000 utilisateurs, soit 28 % du nombre de bénéficiaires potentiels (estimés à 2,7 millions de personnes France entière à cette date). Compte tenu de la revalorisation du plafond de ressources de la CMU-c au 1er juillet 2013, et de son impact sur l'ACS, la population cible est passée à 3,55 millions de personnes, ce qui, avec la montée en charge de la mesure, fera probablement baisser dans un premier temps le taux de recours au dispositif.

Or le gouvernement a fait de la lutte contre le non-recours l'une des priorités de son plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, et de l'augmentation du taux de recours à l'ACS, dans la perspective de la généralisation de la complémentaire santé, l'un des principaux axes de cette priorité. Pour ce faire, il a prévu de revaloriser la qualité des contrats proposés, de conduire une politique active de détection des droits et de simplifier certaines modalités d'ouverture et de renouvellement des droits.

Dans la réglementation actuelle, tout type de contrat permet d'ouvrir droit à l'ACS sous réserve de remplir les conditions fixées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale pour les contrats « responsables ».

Toutefois, l'analyse menée par la DREES montre que les bénéficiaires de l'ACS souscrivent des contrats offrant des niveaux de garanties inférieurs à la moyenne des contrats individuels. Ainsi, les contrats de classe E, aux termes de la classification réalisée par la DREES, contrats qui ne couvrent que le ticket modérateur, représentent près de la moitié des contrats ACS, alors qu'ils ne représentent que 18% des contrats individuels hors ACS, et 10% des contrats collectifs.

Compte tenu de ce constat, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 avait prévu la mise en place d'un « label ACS » dont l'objectif était d'améliorer la qualité des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS. Le contenu de ce label devait faire l'objet d'une convention entre l'Etat, le Fonds CMU et les représentants des organismes maladie complémentaires (UNOCAM), l'objectif étant de labelliser des contrats adaptés à ces publics, lisibles et à un prix raisonnable. A ce jour, faute de consensus entre les parties signataires, cette convention n'a pas été conclue et le dispositif n'a pas

été mis en œuvre. En outre, ce label n'aurait été que peu contraignant du fait de l'absence d'obligation générée pour les organismes complémentaires dans le cadre de ce dispositif conventionnel.

Comme l'a proposé le rapport du HCAAM, il est nécessaire de faire évoluer le dispositif de l'ACS afin d'en simplifier le bénéfice tout en améliorant le rapport qualité-prix des contrats souscrits. Il s'agit notamment de garantir un tarif raisonnable à travers un processus de mise en concurrence des organismes complémentaires.

En outre, en complément de ces évolutions, des mesures ciblées apparaissent nécessaires en faveur des jeunes afin de favoriser et simplifier leur accès à la CMU-c ou l'ACS.

Les organisations étudiantes soulignent régulièrement les difficultés d'accès aux dispositifs d'aide à la complémentaire santé, et notamment les critères d'accès à la CMU-c et à l'ACS qui ne sont pas adaptés à la situation de certains étudiants isolés et précaires, compte tenu des modalités d'examen des revenus. C'est dans ce contexte que s'inscrit également le volet relatif à l'amélioration de l'accès aux soins du plan d'action pour la jeunesse, issu de la réunion du Comité interministériel pour la jeunesse du 21 février 2013. C'est pourquoi il est proposé de simplifier l'accès à la CMU-c pour les étudiants précaires se trouvant en situation d'isolement.

En combinant une offre de contrats ACS simplifiée et rendue clairement visible par la mise en concurrence et une politique active de détection des droits, notamment chez les personnes qui ne bénéficient pas de la généralisation des contrats collectifs (jeunes, personnes âgées…), il devrait être possible de permettre aux 2 % de personnes qui aujourd'hui renoncent à une complémentaire santé pour des raisons financières de pouvoir enfin y accéder.

Mais la généralisation de la couverture complémentaire santé vise également à mieux réguler ce secteur, au bénéfice de tous les assurés, en faisant évoluer pour tous les contrats complémentaires santé les règles ouvrant droit aux avantages fiscaux et sociaux afin de les rendre plus solidaires et responsables.

Le dispositif des contrats responsables, qui détermine un panier de garanties minimum pour les contrats complémentaires en santé (obligations de prise en charge/exclusions de prise en charge) en contrepartie d'exonérations sociales ou fiscales, n'apparaît en effet plus adapté au regard des évolutions des besoins en matière de couverture complémentaire et des besoins de la population. Il se montre en outre peu discriminant entre les contrats.

Le niveau de couverture offert par certaines complémentaires contribue, en outre, en solvabilisant certaines pratiques tarifaires excessives, à accroître le prix des soins dont le tarif est libre (dépassements d'honoraires, optique…).

Il apparaît donc nécessaire de faire évoluer le cahier des charges du contrat responsable, d'une part pour assurer un niveau de couverture minimum des soins, notamment pour certains postes générant un reste à charge important, et, d'autre part, pour éviter les pratiques non responsables contribuant à la dérive du prix de certaines prestations ou à une segmentation accrue des offres au détriment des personnes les plus fragiles.

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

<u>Mesures proposées :</u>

1° Il s'agit en premier lieu d'inscrire l'ensemble des contrats de complémentaire santé dans un cadre plus responsable en améliorant le niveau de couverture minimal des contrats, notamment pour les postes générant les plus forts reste à charge, et en excluant les pratiques contribuant à solvabiliser des soins pratiqués à un tarif excessif.

1.1 S'agissant du niveau de couverture minimale, l'accord national interprofessionnel a défini un panier de soins minimal qui offre une référence utile. L'ANI prévoit ainsi la prise en charge du ticket modérateur, du ticket journalier, d'un montant de 100€ par an pour l'optique et de 125% du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires.

Le panier de soins minimal des contrats solidaires et responsables est fixé par voie réglementaire. Il ne comprend aujourd'hui que les soins réalisés ou prescrits par le médecin traitant.

Il est proposé de l'étendre pour qu'il comprenne la prise en charge de tout ou partie du ticket modérateur de l'ensemble des frais de santé remboursés par l'assurance maladie. Il couvrira ainsi,

dans des conditions prévues par décret, les médicaments, les actes de médecine générale ou spécialisée, les actes de biologie, les soins dentaires, les frais de transport et la prise en charge des dispositifs médicaux.

Comme l'a fait l'ANI, des forfaits spécifiques pourront être définis au-delà du tarif de la sécurité sociale pour l'optique ou les prothèses dentaires, pour les contrats qui en assurent la couverture : au panier de soins minimal pourront ainsi s'ajouter des paniers optionnels sur ces prestations, pour lesquelles des niveaux minimaux de prise en charge seront également définis.

Il est également proposé d'étendre le panier minimal à la prise en charge des frais hospitaliers (ticket modérateur et forfait journalier), aujourd'hui non compris dans le panier minimum. Le décret pourrait aller jusqu'à prévoir la prise en charge de ces frais sans limitation de durée, ce qui permettra d'éviter certains reste-à-charge catastrophiques soulignés par le HCAAM.

1.2 Il s'agit en outre de favoriser des pratiques responsables en évitant que les contrats de complémentaire santé ne solvabilisent des pratiques tarifaires excessives ou abusives et ne contribuent ainsi à la dérive tarifaire constatée dans certains secteurs.

Il est ainsi proposé, sur le fondement du rapport du HCAAM, de plafonner le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires par les contrats responsables. A titre d'exemple, il n'apparaît en effet pas justifiable que certains contrats remboursent des dépassements d'honoraires au-delà du seuil de 150%, seuil justifiant l'engagement de sanctions pour dépassements abusifs en application de l'avenant n°8 à la convention médicale.

Il est également proposé de mettre en œuvre des dispositions similaires en matière d'optique, la Cour des Comptes ayant souligné l'impact à la hausse sur le prix des lunettes résultant du niveau de solvabilisation excessif garanti par une partie des complémentaires santé.

1.3 Conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, modifié par le présent article, les nouveaux contours des contrats solidaires et responsables seront précisés 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.

2° S'agissant du levier visant l'amélioration de la couverture santé des plus modestes, plusieurs mesures sont proposées :

2.1. Afin d'améliorer la qualité des contrats de complémentaire santé souscrits par les bénéficiaires de l'ACS, il est proposé de réserver le bénéfice de l'aide à des contrats répondant à des exigences de qualité, via un processus de mise en concurrence permettant de sélectionner les assureurs présentant les meilleurs tarifs sur la base d'un cahier des charges précis sur les garanties minimales attendues.

La mesure permettrait de contrôler le niveau minimal de garanties par le biais d'un cahier des charges tout en permettant de garantir un niveau de primes maîtrisé grâce à la mise en concurrence des contrats, la réduction des frais d'acquisition des organismes assureurs et une meilleure mutualisation.

Les principes de la mise en concurrence seraient les suivants :

- plusieurs niveaux de garanties seraient prévus afin de répondre aux besoins des différents publics composant les bénéficiaires de l'ACS. Le cahier des charges prévoirait ainsi des lots distincts tout en conservant toutefois un nombre restreint de lots afin de conserver l'effet de mutualisation des risques et donc des coûts ;
- plusieurs organismes assureurs seraient retenus pour chaque lot, un nombre limité de candidats étant sélectionné afin d'assurer un équilibre entre, d'une part, l'impact concurrentiel sur les prix et, d'autre part, une mutualisation suffisante du risque ;

De plus, afin d'éviter les effets de seuils liés au franchissement du plafond de ressources, le dispositif serait complété par l'obligation faite aux organismes complémentaires d'offrir aux titulaires de l'ACS qui, au moment du renouvellement de leur contrat, ne rempliraient plus les conditions pour bénéficier de l'aide, un contrat de sortie, dont le niveau de garantie et le prix seraient précisément normés, en référence aux contrats sélectionnés éligibles à l'ACS.

La liste des contrats sélectionnés suite à la procédure de mise en concurrence serait communiquée aux bénéficiaires de l'ACS lors de la remise de leur « chèque » par leur caisse d'assurance maladie.

Cette mesure permettrait de poursuivre les mesures de simplification de l'accès à l'ACS, dans le cadre de contrats offrant un prix maîtrisé et des garanties adaptées.

2.2. Afin d'améliorer l'accès à la complémentaire santé des étudiants en situation de précarité ou appartenant aux foyers les plus pauvres, il est proposé de permettre aux étudiants isolés, bénéficiaires à ce titre d'une aide annuelle du Fonds national d'aide d'urgence versé par le CROUS, d'ouvrir droit individuellement à la CMU-c. Ces étudiants seraient donc en droit de déposer une demande de CMU-c ou d'ACS à titre individuel, indépendamment de leur foyer de rattachement.

Concrètement, seraient concernés : l'étudiant en rupture familiale (sa situation d'isolement et de précarité est attestée par une évaluation sociale), l'étudiant en situation d'indépendance avérée (l'indépendance est avérée si l'étudiant a un domicile séparé, un avis (ou déclaration) fiscal séparé, des revenus salariés d'au moins 3 Smic sur les 12 derniers mois), l'étudiant en difficultés particulières (par exemple, sans revenu et avec des parents à l'étranger, élevé par un membre de la famille sans décision judiciaire, parents récemment décédés ou incarcérés…), l'étudiant en reprise d'études au-delà de 28 ans (s'il ne dispose pas de ressources supérieures au plafond d'attribution des bourses, et s'il ne bénéficie pas d'autres aides (chômage, RSA...). 7 500 aides ont été délivrées à ce titre en 2011 et 5 800 en 2012.

Autres options possibles :

1. Pour le levier d'action permettant d'améliorer la qualité de tous les contrats (individuels et collectifs) via le dispositif des contrats solidaires et responsables

Le contrat solidaire et responsable est un outil incitatif visant à réguler le contenu de contrats souscrits à titre volontaire par les adhérents. Le schéma alternatif à l'outil incitatif aurait été la définition d'un contrat-type par l'Etat, assortie d'une obligation d'assurance.

2. Pour le levier relatif à l'aide à l'accès à la complémentaire santé pour les plus modestes

Concernant l'amélioration de la qualité des contrats de complémentaire santé souscrits par les bénéficiaires de l'ACS, plusieurs scénarios alternatifs ont été envisagés et sont développés dans le rapport du HCAAM susmentionné :

- conditionnement du bénéfice de l'ACS à l'obtention d'un label défini par le pouvoir réglementaire (seuls les contrats répondant aux critères retenus pour la labellisation pourraient être souscrits avec l'aide ACS) ;
- mise en place d'une CMU-c payante (même garantie que la CMU-c mais avec une participation financière à la charge du bénéficiaire) au profit de la population actuellement éligibles à l'ACS.

La première option, si elle permet de normer la qualité minimale des contrats, ne permet pas d'influer sur leur prix faute de mise en concurrence suffisante des opérateurs.

La seconde option, si elle permet, à l'inverse de la première, d'influer aussi bien sur la qualité des garanties que sur le coût de la couverture complémentaire, présente cependant d'autres inconvénients que le HCAAM a analysés dans son rapport. Ce rapport souligne ainsi que :

- Cette option conserve un effet de seuil à la sortie du dispositif, cet effet étant d'autant plus important que le panier de soins pris en charge est de très bon niveau et meilleur que le panier minimal de l'ANI.
- La mesure aurait un coût pour le Fonds CMU car il est probable qu'elle conduise à une hausse de la consommation de soins, les bénéficiaires de l'ACS étant plus âgés que ceux de la CMU-c, ce qui pourrait accroître la charge pour les autres assurés des organismes complémentaires.
- L'extension de la CMU-c, même payante, à une nouvelle population importante conduit à accroître l'identification voire la stigmatisation de ménages modestes.
- Elle pourrait laisser penser que l'assurance maladie obligatoire se spécialise sur la couverture des plus pauvres, risquant ainsi de segmenter la protection sociale.
- L'hypothèse transformerait assez profondément le marché des complémentaires sous contrainte de prix administrés pour plus de 2 millions de personnes supplémentaires (si l'on fait l'hypothèse d'une augmentation significative du taux de recours).

Pour ces raisons, la mise en place d'une sélection des contrats ouvrant droit au bénéfice de l'ACS par le biais d'une mise en concurrence, recommandée par le HCAAM, est privilégiée par le gouvernement.

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

Ces dispositions en faveur de la complémentaire santé, complémentaires, ont leur place en LFSS à plusieurs titres :

- d'une part, en recettes, en ce qu'elles touchent au dispositif des contrats responsables et modifient l'assiette de la TSA. Elles ont ainsi un effet sur l'assiette des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base (3° du B du V de l'article LO 111-3 CSS) ;
- d'autre part, en dépenses, en ce qu'elles améliorent le taux de recours à la CMU-c et à l'ACS : abondé par le versement par les OC de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA), le Fonds CMU finance les dépenses de CMU-c (correspondant au remboursement des dépenses de soins des bénéficiaires, plafonnées à un forfait de 400€) et d'ACS (correspondant au montant de la réduction opérée par l'OC sur le coût du contrat de complémentaire), via une déduction correspondante sur les montants de TSA dus par les OC. Ainsi, l'augmentation du nombre de bénéficiaires liée à une plus grande attractivité des dispositifs, et son impact sur les déductions opérées par les OC sur leur versement de TSA, minore les ressources du Fonds CMU. Ces dépenses supplémentaires pour le Fonds CMU réduiront la majoration des remboursements des dépenses de CMU-c effectués à la CNAMTS en application du quatrième alinéa de l'article L. 862-2 CSS. Elles ont ainsi un effet sur le montant des charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (1° du D du I de l'article LO 111-3 CSS).
  Enfin, l'amélioration de l'accès aux soins des personnes qui acquerront une complémentaire santé ou qui bénéficieront d'une amélioration de leur niveau de couverture aura un impact sur leur consommation de soins et donc sur la part de ces dépenses prise en charge par l'assurance maladie de base, comme le soulignent les différences actuellement constatées sur les taux de recours aux soins des bénéficiaires de l'ACS, comparativement aux assurés non bénéficiaires de l'aide (à titre d'exemple, le taux de recours aux soins dentaires prothétiques des bénéficiaires de l'ACS est de 10%, celui des bénéficiaires de la CMU-c de 17% et celui des personnes couvertes par une complémentaire individuelle de 13% - données CNAMTS).

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

Les dispositions proposées entraineraient des modifications des articles afférents aux dispositifs de la CMU-c (L.861-1), de l'ACS (L.863-1, L.863-6 et L.863-7) et des contrats responsable (L.871-1), et figurant 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 pour 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 P*	*2015*	*2016*

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

- pour les contrats responsables : l'impact en termes d'augmentation du rendement de la TSCA (passage du taux responsable au taux non responsable) lié au durcissement des conditions fixées pour ce dispositif sera probablement marginal compte tenu des mécanismes d'incitation financière à conclure des contrats dits responsables.

- *sélection des contrats ACS :* même s'il est difficile de prévoir précisément l'impact de la réforme sur le taux de recours au dispositif, on peut supposer que la mise en place d'une sélection des contrats entraînera une augmentation du taux de recours de 10 points (soit 355 000 utilisateurs supplémentaires pour 776 140 bénéficiaires constatés à fin mai 2013) pour un surcoût global de près de 100 M€. Si la procédure de sélection des contrats ne produira pas en tant que telle d'effet dès 2014, l'attractivité du dispositif sera néanmoins renforcée dès cette année du fait de la publicité qui lui est faite et du renforcement indirect de sa qualité via les dispositions relatives aux contrats responsables. Dès lors avec une hypothèse de montée en charge de la mesure d'un quart en 2014, et le reste réparti pour moitié en 2015 et 2016, le surcoût ACS lié à la mesure sera de 25 M€ en 2014, 37 M€ en 2015 et 36 M€ en 2016 (98 M€ en année pleine) pour le Fonds CMU. - *étudiants* : La proportion d'étudiants bénéficiaires d'une aide annuelle du FNAU qui bénéficient déjà de la CMU-c n'est pas connue. Toutefois, sur la base du taux de recours actuel à la CMU-c et en prenant l'hypothèse que, dès lors qu'ils déposeront une demande, les étudiants concernés auront de fait droit à la CMU-c puisqu'ils sont censés ne pas avoir du tout d'autres revenus, on peut considérer que 80% des 6 600 étudiants (moyenne 2011-2012), soit 5 300, auront la CMU-c. Le coût de la mesure serait de 2,3 millions (coût unitaire moyen de 445€).

Les dépenses nouvelles du Fonds CMU liées aux mesures relatives à l'ACS et à la CMU-c pour les étudiants se répercuteront sur les comptes de la CNAMTS via le transfert des excédants du Fonds réalisé à son profit en fin d'exercice en vue de compléter le remboursement des dépenses de CMU complémentaire qu'elle engage.

Par ailleurs, l'accès à une couverture complémentaire en santé produira nécessairement un impact sur le recours aux soins pour les publics précaires concernés générant ainsi une dépense supplémentaire pour les régimes obligatoires d'assurance maladie.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

En augmentant le taux de recours à une couverture complémentaire en santé, la mesure conduirait à une augmentation du chiffre d'affaire des organismes complémentaires. Parallèlement, la mise en concurrence via la sélection des contrats ACS produirait un effet inverse via la limitation des prix.

b) impacts sociaux

La mesure relative à la mise en concurrence sur l'ACS devrait améliorer le niveau de couverture santé et le rapport qualité prix des bénéficiaires de l'ACS, grâce à l'absence de frais d'acquisition dans les charges de gestion des complémentaires, à la mise en concurrence et à la mutualisation.

La mesure relative aux contrats responsables devrait garantir un niveau de couverture minimum et donc contribuer à réduire le reste à charge des ménages, notamment sur le plan de certains reste à charge les plus élevés (hospitalisations de longue durée). L'effet potentiellement haussier sur le niveau des primes doit être relativisé :

- la très grande majorité des contrats sont au-delà des niveaux de garanties prévus par la règlementation actuelle du contrat responsable ;
- les limitations posées sur la prise en charge des dépassements d'honoraires et de l'optique devraient jouer en sens inverse, contribuant à une baisse du coût des contrats.

En outre, en évitant la solvabilisation de pratiques tarifaires excessives, ces limitations devraient contribuer à modérer le prix des soins et à entraver des hausses tarifaires défavorables à l'accès aux soins de la population.

En toute hypothèse, l'ensemble des volets de la mesure, en ce qu'ils touchent soit à la modération des pratiques tarifaires des professionnels de santé, soit à l'amélioration de la qualité de la couverture complémentaire de santé des personnes, et plus spécifiquement pour les personnes ayant un niveau de ressources inférieur au seuil de pauvreté, via un meilleur recours aux dispositifs d'aide à la complémentaire santé (CMU-c et ACS), favorise la prise en charge et l'accès aux soins des personnes, et est à ce titre de nature à améliorer l'état de santé de la population.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Cette mesure n'aurait pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes

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

L'implication du Fonds CMU dans la mise en œuvre de ces mesures aurait nécessairement un impact sur sa charge de travail.

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

d) impact budgétaire

Les mesures seront gérées avec les moyens existants

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 délai prévisionnel de leur publication

Pour les évolutions du contrat responsable, un décret en Conseil d'Etat serait nécessaire afin de fixer le contenu et le niveau des garanties couvertes.

Pour la procédure de mise en concurrence des contrats ACS, un décret en Conseil d'Etat devrait décrire la procédure et le contenu de l'avis d'appel à la concurrence permettant de sélectionner les contrats. La procédure de publication puis l'examen des offres pourront être assurés dans le courant de l'année 2014, pour une publication des offres retenues in fine avant la fin 2014.

Pour la simplification de l'accès à la CMU-c des étudiants isolés, un arrêté devrait intervenir pour préciser que seule la perception de l'aide annuelle financée par le FNAU caractérise une situation d'isolement permettant à l'étudiant de déposer une demande de CMU-c à titre individuel.

2. Existence de mesures transitoires ?

S'agissant de l'évolution du contrat responsable, une phase transitoire serait nécessaire afin de permettre aux organismes complémentaires de mettre à jour le contenu des garanties des contrats sans être pénalisés. Le délai serait d'un an à compter de l'entrée en vigueur du décret d'application de la LFSS.

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

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

S'agissant des évolutions du contrat responsable, les assurés seraient informés nominativement par leur organisme complémentaire de l'évolution du contenu de leur contrat.

S'agissant de la mesure de mise en concurrence des contrats éligibles à l'ACS, la liste des contrats sélectionnés suite à cette procédure serait communiquée aux bénéficiaires de l'ACS lors de la remise de leur « chèque ».

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 ?

Le PQE maladie contient plusieurs indicateurs permettant de suivre l'impact des mesures :

- l'indicateur 1-5 analyse les renoncements aux soins et notamment l'impact de la couverture par une complémentaire santé sur ce renoncement;
- l'indicateur 1-3 suit le recours à une complémentaire santé pour les plus démunis, qui contient lui-même deux sous indicateurs dont l'un sur le nombre de bénéficiaires de l'ACS (sous indicateur 1-3-2), qui doit être enrichi dès 2014 par des données sur le taux de recours à ces dispositifs par rapport à la population cible.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 861-1 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 861-1 *modifié* du code de la sécurité sociale**
Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Cette révision prend effet chaque année au 1er juillet. Elle tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.	Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Cette révision prend effet chaque année au 1er juillet. Elle tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.
Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge.	Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge.
Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.	Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.
	Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation, déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la sécurité sociale, peuvent bénéficier à titre personnel de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3.
Article L. 863-1 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 863-1 *modifié* du code de la sécurité sociale**
Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L.862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance	Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L.862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels **sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6, respectant les conditions**

par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L.861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues aux articles L.861-2 et L.861-2-1, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 35 %. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats. Il est égal à 100 euros par personne âgée de moins de seize ans, à 200 euros par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 euros par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année. Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.	**fixées à l'article L. 871-1 et** souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes régie résidant en France dans les conditions fixées à l'article L.861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues aux articles L.861-2 et L.861-2-1, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 35 %. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats. Il est égal à 100 euros par personne âgée de moins de seize ans, à 200 euros par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 euros par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année. Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.
Article L. 863-6 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 863-6 *modifié* du code de la sécurité sociale**
Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est subordonné à la condition que les garanties assurées ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.	Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est ~~subordonné à la condition que les garanties assurées ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.~~ **réservé aux contrats d'assurance complémentaire de santé individuels respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure vise à sélectionner des contrats répondant offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues à l'article L.871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'État dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination.** **Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie.** **La liste des contrats ainsi sélectionnés est**

	rendue publique et est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.
Article L. 863-7 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 863-7 *modifié* du code de la sécurité sociale**
Bénéficient du label intitulé "Label ACS" les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'Etat, le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L.862-1 et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire mentionnée à l'article L.862-3. Le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.	~~Bénéficient du label intitulé "Label ACS" les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'Etat, le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L.862-1 et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire mentionnée à l'article L.862-3. Le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.~~ **A l'expiration de son droit au bénéfice de la déduction prévue à l'article L.863-2, toute personne ayant bénéficié d'un contrat mentionné à l'article L. 863-6 reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure mentionnée à l'article L863-6. Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé avant la déduction opérée au titre de l'article L. 863-2.**
Article L. 871-1 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 871-1 *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	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. 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.	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. 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 mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique . 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 en outre la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.** **Elles fixent les conditions, qui peuvent comprendre un niveau minimal et un niveau maximal, dans lesquelles les dépassements tarifaires sur les consultations** ou d'autres actes **des médecins ainsi que les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement peuvent être pris en charge.**

ARTICLE 46

SIMPLIFICATIONS DE LA LEGISLATION RELATIVE AUX INDEMNITES JOURNALIERES POUR LES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS ET LES EXPLOITANTS AGRICOLES

I. Présentation de la mesure

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

Au régime social des indépendants (RSI), l'assuré doit être à jour de ses cotisations pour bénéficier des indemnités journalières (premier alinéa de l'article L. 613-8 du code de la sécurité sociale). Le législateur a néanmoins prévu plusieurs cas où l'assuré ne peut pas être à jour immédiatement de l'ensemble de ses cotisations.

Ainsi, lorsque l'assuré fait l'objet d'un jugement de redressement judiciaire ou d'un étalement du paiement de ces cotisations décidé par la commission de recours amiable de la caisse (CRA), il a droit aux indemnités journalières (IJ) s'il respecte l'échéancier de paiement qui lui a été prescrit. Or, des délais de paiement peuvent être également accordés par la Commission des Chefs de Services Financiers (CCSF). Les assurés ayant fait l'objet d'une telle mesure n'ont cependant actuellement aucun droit aux prestations en espèces au RSI, ce cas n'étant pas prévu par les textes.

La CCSF est chargée d'examiner la situation personnelle des commerçants, artisans, professions libérales ou de toute personne morale de droit privé (association, société de toute nature juridique), ainsi que la situation des dirigeants qui relèvent des régimes des travailleurs indépendants. Elle est compétente pour accorder des délais de paiement pour les cotisations recouvrées par les organismes de sécurité sociale (article L. 626-6 du code de commerce). Quand l'un des assurés du RSI saisit la CCSF, le directeur du RSI est membre de la commission. La CCSF décide, à l'unanimité de ses membres, de l'adoption d'un plan d'apurement des dettes et en arrête les conditions (articles D. 626-9 à D. 626-15 du code de commerce).

Ainsi, selon que les assurés obtiennent des délais de paiement de la CRA de la caisse ou de la CCSF, ils peuvent, selon le cas, prétendre aux IJ ou ne pas y avoir droit. Cette situation n'est pas satisfaisante en termes d'égalité de traitement et de lisibilité du dispositif pour les assurés.

Par ailleurs, lorsque l'assuré fait l'objet d'un jugement de redressement judiciaire ou d'un étalement du paiement de ses cotisations, il a droit aux IJ s'il respecte l'échéancier de paiement qui lui a été prescrit. En revanche, lorsque l'assuré est en liquidation judiciaire, la rédaction de l'article L.613-8 du CSS pourrait être interprétée comme lui ouvrant le bénéfice des IJ même s'il n'était pas à jour de ses cotisations ou n'avait pas respecté son échéancier de paiement au moment du placement en liquidation.

Dans le régime agricole, le principe d'une indemnisation de la perte de revenus liée à la cessation d'activité en cas de maladie ou d'accident de la vie privée a été introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Les travaux techniques et juridiques de mise en œuvre de cette indemnisation ont fait apparaitre la nécessité de procéder à quelques ajustements et compléments des dispositions votées l'an passé.

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

Mesure proposée :

S'agissant de la CCSF, il apparaît pleinement justifié d'admettre l'étalement des cotisations décidé par cette commission dans les cas dérogatoires mentionnés à l'article L.613-8 du CSS au même titre que celui qui serait décidé par la CRA, ce qui mettrait fin aux inégalités entre les assurés selon que les délais de paiement ont été accordés par la CRA de la caisse ou par la CCSF.

En ce qui concerne l'accès aux IJ en cas de liquidation ou de redressement judiciaire, il est proposé de clarifier la rédaction des textes afin que le maintien des droits se fasse dans les conditions de droit commun (les droits sont maintenus sous réserve que l'assuré ait rempli les conditions d'ouverture des droits au moment où il est placé en liquidation).

S’agissant des travailleurs non salariés agricoles, la mesure envisagée permet de compléter et d'ajuster le dispositif d'indemnités journalières institué par l'article 71 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Elle prévoit à ce titre :

1°) L’obligation pour l'assuré d'être à jour de ses cotisations pour bénéficier des indemnités journalières :

L'article 732-15 du code rural et de la pêche maritime prévoyait la suspension des seules prestations en nature, en cas de non paiement des cotisations du fait de la mauvaise foi de l'assuré. Le 8° de l'article 71 de la LFSS pour 2012 a étendu cette disposition à l’ensemble des prestations, en espèces comme en nature, afin de conditionner le versement des prestations en espèces au paiement des cotisations. Il apparaît toutefois que cette rédaction n’est pas adaptée dans le cas des prestations en espèces. Il est donc proposé de clarifier le texte, en ne retenant le critère de non paiement pour mauvaise foi que dans le seul cas des prestations en nature et en appliquant aux prestations en espèces les conditions de droit commun exigeant d’être à jour de ses cotisations.

C'est pourquoi il est proposé :

- de rétablir l'article L. 732-15 dans sa version initiale ;
- d'insérer une disposition prévoyant que l'assuré ne peut bénéficier des indemnités journalières que s'il est à jour de la cotisation IJ AMEXA prévue à l'article L. 731-35-1.
- de compléter le dispositif en précisant les conditions dans lesquelles un assuré peut être rétabli dans ses droits aux indemnités journalières en cas de plan de sauvegarde, de redressement judiciaire, ou en cas d'échéancier de paiement des cotisations accordé par la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l’assurance chômage (CCSF) ou par la caisse de mutualité sociale agricole dont il relève.

2°) Les modalités d'envoi de l'avis de l'arrêt de travail par les non salariés agricoles au service de contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole ainsi que le principe d'une sanction en cas d'envoi tardif de cet arrêt de travail. Les conditions de mise en œuvre de cette mesure seront fixées par décret.

Une mesure de même nature est introduite dans la législation relative à l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non salariés agricoles (ATEXA), par souci de parallélisme et de cohérence entre les textes applicables aux non salariés agricoles.

3°) L'extension aux IJ AMEXA des dispositions de l'article L. 323-5 du code de la sécurité sociale relatives à l'insaisissabilité et l'incessibilité des indemnités journalières ;

4°) Une meilleure coordination du dispositif permettant le versement d’indemnités journalières en cas de maladie ou d’accident de la vie privée pour les non salariés agricoles avec celui permettant le versement d’une pension d’invalidité dans le même régime. Cette mesure permettra à la caisse de mutualité sociale agricole servant les IJ de proposer la mise en invalidité de l’assuré, à compter de la stabilisation de son état de santé et de la constatation médicale de l’état d’invalidité, dans des conditions qui seront déterminées par décret.

5°) Une adaptation des dispositions applicables outre-mer par renvoi aux dispositions relatives à la métropole ;

L'article L. 762-13-1, introduit par la LFSS pour 2013, est modifié pour tenir compte des présents ajustements du dispositif d'indemnités journalières, lequel s'applique outre-mer dans les mêmes conditions qu'en métropole.

6°) Dans un objectif de cohérence rédactionnelle, la référence au groupement mentionné à l'article L. 752-17 du code rural et de la pêche maritime est supprimée à l'article 37 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Autres options possibles :

La mesure apporte des clarifications rédactionnelles et procède à des ajustements qui sont apparus nécessaires pour sécuriser les droits des cotisants. Aucune autre option n’était envisageable, si ce n’est le statu quo peu opportun compte tenu des risques encourus, soit de mauvaise application du droit au détriment des assurés, soit de dérapages financiers des dispositifs.

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

Ces mesures prennent place dans la loi de financement au titre de son impact sur les dépenses des régimes d'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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

Pour les dispositions propres au RSI, ces mesures seront codifiées à l'article L. 613-8 du code de la sécurité sociale. Pour celles relatives aux travailleurs non salariés agricoles, elles le seront aux articles L. 732-4, L. 732-8-1, L. 732-15, L. 752-24 et L. 762-13-1 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure supprime des dispositions obsolètes à l'article 37 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

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

La mesure est applicable dans les DOM, hormis Mayotte, à Saint Martin et à Saint Barthélémy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	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***
			+0,58	+0,58	+0,58

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

La plupart des dispositions de cette mesure sont des dispositions améliorant la gestion par les caisses du RSI et de la MSA des droits aux indemnités journalières maladie des travailleurs non salariés et sécurisant les assurés sur l'application du droit. A ce titre, les gains financiers attendus sont essentiellement de gestion.

La mesure introduisant au régime agricole une sanction en cas d'envoi tardif de l'arrêt de travail en cas de maladie pour les travailleurs non salariés génèrera une économie de 580 K€ par an.

D'après les indicateurs de maîtrise médicalisée, la CCMSA estime que 21 000 arrêts pour maladie de salariés agricoles ont fait l'objet d'une lettre d'avertissement pour délai d'envoi supérieur à 48h, pour un total de 460 000 arrêts (initial + prolongation). Compte tenu du fait que la CCMSA estime que le nombre annuel d'arrêts maladie pour les non salariés agricoles à compter de 2014 devrait être le tiers de celui constaté pour les salariés, le nombre annuel d'arrêts notifiés tardivement est en conséquence estimé à : 21 000 x 0,33 = 6 900 arrêts.

Dans le cas d'une sanction de non versement de 4 jours d'IJ (alignement sur le dispositif de sanction existant au RSI), le montant global de l'économie générée s'élèverait à : 6.900 x 4 x 20,91€ = 580 K€.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Ces propositions vont sécuriser les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces pour les travailleurs indépendants. Elles conduisent également à augmenter la dépense d'IJ au RSI puisque, désormais, un assuré ayant fait l'objet d'une mesure de la commission des chefs des services financiers (CCSF) pourra accéder aux indemnités journalières.

b) impacts sociaux

Les travailleurs indépendants qui respectent leurs échéanciers de paiement établis par les CCSF pourront bénéficier d'indemnités journalières en cas de cessation temporaire d'activité due à la maladie.

La mesure permet en particulier, s'agissant des travailleurs non salariés agricoles, de mieux coordonner le dispositif permettant le versement d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident de la vie privée avec celui permettant le versement d'une pension d'invalidité dans le même régime. Cette mesure permettra à l'organisme servant les IJ (caisse de MSA, organisme assureur) de proposer la mise en invalidité de l'assuré, à compter de la stabilisation de son état de santé et de la constatation médicale de l'état d'invalidité, dans des conditions qui seront déterminées par décret.

c) impacts sur l'environnement

Aucun

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

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

La mesure vient encadrer le dispositif permettant une amélioration des revenus des non salariés en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

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

Pas d'impact significatif.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée à moyens constants

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

S'agissant des dispositions concernant le RSI, la mesure est d'application directe.

S'agissant des dispositions concernant le régime agricole, des mesures réglementaires seront nécessaires :

- décret pris en application des articles L. 732-15 (obligation d'être à jour de ses cotisations) L. 732-4 et L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime (sanctions en cas d'envoi tardif de l'arrêt de travail)

- décret pris en application de l'article L. 732-8-1 du même code (demande de pension d'invalidité par l'assuré)

2. Existence de mesures transitoires ?

La mise en œuvre de la mesure ne nécessite aucune disposition transitoire

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

Aucun

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses du régime social des indépendants et du régime agricole seront chargées d'informer les assurés de ces mesures.

- 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. 613-8 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 613-8 *modifié* du code de la sécurité sociale**
Pour bénéficier, le cas échéant, du règlement des prestations en espèces pendant une durée déterminée, l'assuré doit être à jour de ses cotisations annuelles dans des conditions fixées par décret. Le défaut de versement des cotisations ne suspend le bénéfice des prestations qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la date d'échéance. Cependant, en cas de paiement plus tardif, il peut, dans un délai déterminé, faire valoir ses droits aux prestations, mais le règlement ne peut intervenir que si la totalité des cotisations dues a été acquittée avant l'expiration du même délai.	Pour bénéficier, le cas échéant, du règlement des prestations en espèces pendant une durée déterminée, l'assuré doit être à jour de ses cotisations annuelles dans des conditions fixées par décret. Le défaut de versement des cotisations ne suspend le bénéfice des prestations qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la date d'échéance. Cependant, en cas de paiement plus tardif, il peut, dans un délai déterminé, faire valoir ses droits aux prestations, mais le règlement ne peut intervenir que si la totalité des cotisations dues a été acquittée avant l'expiration du même délai.
Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application de l'article L. 621-70 (1) du code de commerce ou lorsque la commission de recours amiable de la caisse mutuelle régionale accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux prestations à compter du prononcé du jugement ou de la prise de décision de la caisse mutuelle régionale, dès lors qu'il s'acquitte régulièrement des cotisations dues selon l'échéancier prévu ainsi que des cotisations en cours.	Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application ~~de l'article L. 621-70 (1)~~ des dispositions du livre VI du code de commerce ou lorsque **la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou** ~~mutuelle régionale~~ la commission de recours amiable de la caisse **du régime social des indépendants** accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux prestations à compter du prononcé du jugement ou de la prise de décision ~~de la caisse mutuelle régionale~~ **desdites commissions**, dès lors qu'il s'acquitte régulièrement des cotisations dues selon l'échéancier prévu ainsi que des cotisations en cours.
Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, l'assuré dont l'entreprise a fait l'objet d'une liquidation judiciaire et qui ne remplit plus les conditions pour relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire peut bénéficier à compter du jugement de liquidation judiciaire des dispositions de l'article L. 161-8.	~~Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, l'assuré~~ **L'assuré** dont l'entreprise a fait l'objet d'une liquidation judiciaire et qui ne remplit plus les conditions pour relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire peut bénéficier à compter du jugement de liquidation judiciaire des dispositions de l'article L. 161-8.
(…)	(…)
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**
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 ;	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 mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou	2° Les collaborateurs d'exploitation mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou

d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article ; 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° du présent article. 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 articles L. 323-6 et L. 323-7 du code de la sécurité sociale sont applicables au service des prestations prévues au présent article. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.	d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article ; 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° du présent article. 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. **En cas d'interruption de travail, l'assuré envoie au service de contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai déterminé par décret, un avis d'arrêt de travail qui comporte la signature du médecin. En cas de non respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction dans des conditions fixées par décret. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée.** Les articles **L. 323-5,** L. 323-6 et L. 323-7 du code de la sécurité sociale sont applicables au service des prestations prévues au présent article. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.
	L. 732-8-1 *nouveau* du code rural et de la pêche maritime
	Si la caisse de mutualité sociale agricole n'en a pas pris l'initiative, l'assuré peut déposer lui-même une demande de pension d'invalidité, qui pour être recevable, doit être présentée dans un délai déterminé par décret.
Article L. 732-15 *actuel* du code rural et de la pêche	**Article L. 732-15 *modifié* du code rural et de la pêche**
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 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. **Pour bénéficier du règlement des indemnités journalières prévues à l'article L. 732-4, l'assuré doit être à jour de la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1.** **Lorsque le tribunal arrête un plan de**

	sauvegarde ou de redressement judiciaire en application des dispositions de la sixième partie du code de commerce ou lorsque la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la caisse de mutualité sociale agricole accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux indemnités journalières à compter du prononcé du jugement ou de la décision de la commission ou de la caisse, sous réserve que l'échéancier de paiement concernant la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1 soit respecté. **Un décret fixe les conditions d'application du présent article.**
Article L. 752-24 *actuel* du code rural et de la pêche	**Article L. 752-24 *modifié* du code rural et de la pêche**
Tout accident du travail et toute maladie professionnelle dont est victime le chef d'exploitation ou les autres personnes mentionnées à l'article L. 752-1 doit être déclaré à l'organisme assureur dans un délai et des conditions fixés par décret. Il appartient à l'organisme assureur saisi d'une déclaration d'accident d'apporter la preuve de son caractère non professionnel. En vue de son indemnisation, la victime remet au praticien consulté la feuille d'accident délivrée par l'organisme assureur auprès duquel elle est assurée. La date de guérison ou de consolidation de la blessure est fixée par l'organisme assureur sur avis du service du contrôle médical de la mutualité sociale agricole, connaissance prise du certificat médical du praticien consulté.	Tout accident du travail et toute maladie professionnelle dont est victime le chef d'exploitation ou les autres personnes mentionnées à l'article L. 752-1 est déclaré à la caisse de mutualité sociale agricole dans un délai et des conditions fixées par décret. **En cas de non respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole met en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée.** Il appartient à la caisse de mutualité sociale agricole saisie d'une déclaration d'accident d'apporter la preuve de son caractère non professionnel. En vue de son indemnisation, la victime remet au praticien consulté la feuille d'accident délivrée par la caisse de mutualité sociale agricole. La date de guérison ou de consolidation de la blessure est fixée par ~~l'organisme assureur~~ la caisse de mutualité sociale agricole sur avis du service du contrôle médical, connaissance prise du certificat médical du praticien consulté.
Article L. 762-13-1 *actuel* du code rural et de la pêche	**Article L. 762-13-1 *modifié* code rural et de la pêche**
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.	Pour l'application des articles L. 731-13, **L. 735-1 et L. 732-15** 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 47

FINANCEMENT DU PLAN D'AIDE A L'INVESTISSEMENT (PAI)

DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL POUR 2014 ET DECONCENTRATION DES CREDITS AUX AGENCES REGIONALES DE SANTE

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. En effet, les aides publiques permettent 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 (CNSA) 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.

Dans un souci d'efficience, la Convention d'objectif et de gestion (COG) 2012-2015 Etat/CNSA prévoit la déconcentration de la gestion du PAI.

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

Mesure proposée :

La construction de l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social pour les personnes âgées et les personnes handicapées a prévu d'affecter, pour l'année 2014, 2% de la recette de CSA au financement du plan d'aide à l'investissement (PAI), qui vient en déduction de l'affectation de la CSA aux sections relatives au financement du fonctionnement des établissements pour personnes âgées ou handicapées.

Cette mesure nécessite donc de modifier l'article L.14-10-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui précise les pourcentages de répartition des produits de la CSA entre les différentes sections de la caisse, au même titre que ce qui a été fait pour l'année 2013.

Par ailleurs, la présente mesure vise également à mettre en place une gestion directe des crédits du PAI par les agences régionales de santé (ARS) : ordonnancement, mandatement, liquidation. La déconcentration de la gestion du PAI est prévue à la COG 2012-2015 de la CNSA ; la déconcentration sera source d'efficience dans le processus de gestion des crédits et se traduira par une réduction du nombre d'ETP consacré à cette mission d'ici la prochaine COG. Le ministère des affaires sociales et de la santé et la CNSA ont travaillé, au cours de l'année 2013, à garantir à la CNSA une visibilité préservée sur l'utilisation des crédits du PAI et une capacité de pilotage intact du dispositif. En particulier, un travail a été mené pour la mise en place d'un système d'information opérationnel dès 2014, partagé entre la CNSA et les ARS, permettant la consolidation, le pilotage et le suivi des opérations financées au titre du PAI.

- La CNSA a élaboré un cadrage technique et fonctionnel d'une application informatique pour laquelle elle a inscrit à la section V de son budget 20113 300.000€ dédiés à son développement. L'application permettra de recenser l'ensemble des caractéristiques des projets d'investissement soumis aux ARS pour financement, déjà compris obligatoirement dans les dossiers de demande d'aide. Ce système d'information « métier » fera l'objet d'une interface avec le système d'information budgétaire et comptable (SIBC) des ARS, adapté pour prendre en compte le nouveau mode de gestion direct du PAI.

- Le SIBC des ARS sera adapté afin de permettre un suivi aisé de la consommation du PAI par la CNSA.

Ainsi, les recettes allouées par la CNSA pourront être inscrites dans le budget des ARS au compte budgétaire 744-2 *« Contribution de la CNSA » déjà existant. En dépenses, les crédits du PAI seront ouverts et exécutés : en programmation budgétaire au compte 657-5 « Politiques médico-sociales »* et au compte 6815-1 *« Dotations aux provisions – PAI »* ; en exécution budgétaire et comptable, au compte 657-5-8 *« Politiques médico-sociales – PAI »* et au compte 6815-1 *« Dotations aux provisions – PAI »*. Le compte 657-5-8 sera millésimé pour distinguer les plans annuels auxquels se rapportent les écritures comptables. De plus, une sous-destination 400-2-6 « Plans d'aide à l'investissement des ESMS » sera créée au sein de la destination 400 « Politiques médico-sociales » afin de suivre l'ensemble des dépenses associées. Enfin, deux requêtes automatisées, puisant les données directement dans le SIBC des ARS, permettront d'une part une restitution par compte budgétaire et par compte d'exécution, d'autre part le niveau des crédits engagés et le niveau de crédits consommés par établissement bénéficiaire.

Les ARS seront accompagnées au premier trimestre 2014 pour la prise en main du système d'information développé.

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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

Les articles L. 14-10-5 et L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles sont modifiés ainsi que l'article L. 1431-2 du code de santé publique.

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 +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
		- 49,18			

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

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

a) impacts économiques

Avec le PAI dans le secteur médico-social pour 2014, environ 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.

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

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

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

La mise en œuvre de la mesure sera pilotée par la CNSA. La gestion directe de ces crédits sera effectuée par les ARS.

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

Les systèmes d'information de la CNSA et des ARS seront modifiés. De plus, la déconcentration se traduira par une réduction du nombre d'ETP consacré à cette mission au sein de la CNSA.

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 les conditions d'utilisation, l'affectation, le montant du plan d'aide à l'investissement ainsi que les conditions dans lesquelles les ARS rendent compte de son exécution. Ils fixeront en outre les transferts de crédits des sections I et III vers la section V du budget de la caisse.

Enfin, une décision du Directeur de la CNSA fixera le montant de la contribution de la CNSA au budget des ARS pour le plan d'aide à l'investissement.

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 2014.

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 les années 2012 et 2013, le pourcentage défini au a est fixé à 13 % ;	a bis). Pour les années **2012, 2013 et 2014**, 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 les années 2012 et 2013, le pourcentage défini au a est fixé à 39 % ;	a bis). Pour les années **2012, 2013 et 2014**, 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 % et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;	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.	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 les années 2012 et 2013, ce taux est fixé à 39 %.	Pour les années **2012, 2013 et 2014**, 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 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 ;	a bis). Pour les années **2012, 2013 et 2014**, 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
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.	du budget, des ressources prévues au a du III ; b bis) Pour les années **2012, 2013 et 2014**, 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 L.14-10-9 *actuel* du code de l'action sociale et des familles	**Article L.14-10-9 *modifié* du code de l'action sociale et des familles**
Une part des crédits reportés sur l'exercice en cours au titre des excédents de l'exercice précédent est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article L. 14-10-5, dans les conditions suivantes : a) Dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article, ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1, ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée. En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 du présent code et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12, les crédits mentionnés au premier alinéa peuvent être utilisés pour prendre en charge les intérêts des emprunts contractés à cet effet. b) Dans les deux sous-sections mentionnées au IV de l'article L. 14-10-5, ces crédits peuvent être utilisés pour le financement d'actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification des personnels des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12 ou ont opté pour la dérogation à l'obligation de passer cette convention en application du premier alinéa du I bis de cet article. Ces crédits peuvent également être utilisés pour financer les actions réalisées dans le cadre du plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1. Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale, pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, détermine les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits visés par le présent	Une part des crédits reportés sur l'exercice en cours au titre des excédents de l'exercice précédent est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article L. 14-10-5, dans les conditions suivantes : a) Dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article, ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1, ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée. **Ces crédits viennent abonder le budget de chaque agence régionale de santé, à hauteur d'une contribution arrêtée par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également les conditions d'utilisation et d'affectation de ces crédits ainsi que celles dans lesquelles les agences régionales de santé rendent compte de son exécution.** En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 du présent code et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12, les crédits mentionnés au premier alinéa peuvent être utilisés pour prendre en charge les intérêts des emprunts contractés à cet effet. b) Dans les deux sous-sections mentionnées au IV de l'article L. 14-10-5, ces crédits peuvent être utilisés pour le financement d'actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification des personnels des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu la

article.	convention prévue au I de l'article L. 313-12 ou ont opté pour la dérogation à l'obligation de passer cette convention en application du premier alinéa du I bis de cet article. Ces crédits peuvent également être utilisés pour financer les actions réalisées dans le cadre du plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1. Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale, pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, détermine les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits mentionnés au précédent alinéa.

ARTICLE 48

FIXATION DU MONTANT DE LA PARTICIPATION AU TITRE DE L'EXERCICE 2014 DES REGIMES OBLIGTOIRES D'ASSURANCE MALADIE AU FINANCEMENT DU FMESPP, DE L'ONIAM, DE L'EPRUS ; FIXATION DES MONTANTS DES CONTRIBUTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE ET DE LA CNSA AU FINANCEMENT DES ARS

FIXATION DE LA DOTATION AU FMESPP

I. Présentation de la mesure

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

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

En application de l'article 40 de la LFSS pour 2001 : « Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ».

La création du fonds régional d'intervention (FIR) par l'article 65 de la 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.

Depuis 2013, 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 mémoire, la LFSS pour 2013 a fixé le montant de la dotation FMESPP 2013 à 370,27 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 2014 (hors FIR) à hauteur de 263,34 M€, soit une diminution de l'ordre de 106,93 M€ (-28%).

La dotation versée au FMESPP pour 2013 comprenait en effet :

- des crédits d'aide à l'investissement complémentaires pour la période 2014-2017 ;
- des crédits correspondant au besoin de financement pour l'année 2013 des projets identifiés comme devant faire l'objet d'un financement national.

La diminution de la dotation du fonds en 2014 est principalement liée à la non reconduction (à hauteur de 150 M€) de crédits "mis en réserve" par la dotation FMESPP en 2013, et ayant pour objectif de faire face aux besoins sur la période 2014-2017.

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 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 2014.

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 -Saint-Martin et Saint Barthélémy	 Non Oui

-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

- **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 2014 est fixé à hauteur de 263,34 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 P	2014	2015	2016
Régimes obligatoires de l'assurance maladie		- 263,34			

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

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

Sans objet

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

Le fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations qui en tient la comptabilité et procède aux paiements en faveur des établissements de santé concernés. La fixation du montant de la dotation n'a pas d'impact sur l'activité de la Caisse.

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

La mesure n'a pas d'impact sur la charge administrative ou sur les systèmes d'information

d) impact budgétaire

N'ayant pas d'impact sur la charge administrative, la mesure n'a pas non plus d'impact budgétaire.

e) impact sur l'emploi

La mesure est sans impact sur l'emploi.

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

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

La mesure 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 ?

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.

Annexe : version consolidée des articles

	Nouvel article de la LFSS pour 2014
	I- Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 263,34 millions d'euros pour l'année 2014

FIXATION DE LA DOTATION A L'ONIAM

I. Présentation de la mesure

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

En application du 1° de l'article L 1142-23 du code de la santé publique modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux, du VIH, du VHC, du VHB et du HTLV. La présente mesure a pour objet d'en fixer le montant pour 2014, en tenant évidemment compte notamment des réserves dont devrait disposer l'office au 31 décembre 2013.

Les dotations de l'assurance maladie à l'office ont été :

- de 70 millions d'euros par an de 2002 à 2004 ;
- de 30 millions d'euros en 2005 ;
- nulles pour les années 2006 et 2007, compte tenu des dotations déjà votées et d'un fonds de roulement s'établissant à 200 millions d'euros fin 2005 et à 165 millions d'euros fin 2006 ;
- 50 millions d'euros pour 2008, le fonds de roulement de l'ONIAM s'établissant fin 2007 à 98 M€ ;
- 117 millions d'euros pour 2009, le fonds de roulement fin 2008 étant de 76 millions d'euros;
- 70 millions d'euros pour 2010, le fonds de roulement fin 2009 étant de 119,8 millions d'euros ;
- 10 millions d'euros pour 2011, le fonds de roulement fin 2010 étant de 126 millions d'euros ;
- 55 millions d'euros pour 2012, le fonds de roulement fin 2011 étant de 74 millions d'euros ;
- 124 millions d'euros pour 2013, le fonds de roulement fin 2012 étant de 44 millions d'euros.

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

Mesure proposée :

Le total des dépenses fin 2013 à la charge de l'assurance maladie est estimé à 157,5 M€ (provisions incluses), ce qui correspond à une surexécution du budget 2013 initial. Le résultat cumulé s'élèverait à à 13 M€.

Les dépenses pour 2014 à la charge de l'assurance maladie (hors dépenses à la charge de l'Etat qui comprennent notamment l'indemnisation à titre subsidiaire des victimes du Benfluorex) sont estimées à 150,6 M€ dont :

- 140,8 M€ au titre des indemnisations, dont frais d'avocats et d'expertises
- 6,6 M€ de dépenses de personnel ;
- 2,9 M€ de dépenses de fonctionnement ;
- 0,300M€ de dépenses d'investissement.

Cette prévision est fondée sur la relative stabilité du nombre de dossiers reçus par les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (4117 en 2010, 4279 en 2011, 4255 en 2012). Les dépenses de l'ONIAM à la charge de l'assurance maladie sont estimées à 150 M€. Compte tenu des autres produits de l'office estimés pour 2014 à 12M€ (reprises sur provisions et produits des recours subrogatoires), une dotation de l'assurance maladie de 138M€ est proposée. Ainsi le résultat cumulé

fin 2014 s'établira à un niveau identique à celui de fin 2013, soit environ 13M€, ce qui assure à l'office une réserve prudentielle minimale.

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

Le 1° de la partie recettes de l'article L1142-23 du code de la santé publique prévoit une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'office. Or, l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que l'affectation, totale ou partielle, d'une recette exclusive des régimes obligatoires de base de sécurité sociale [...] à toute autre personne morale ne peut résulter que d'une disposition de loi de financement.

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 2014.

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	 Non Oui

-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Par convention, l'impact sur la branche correspond à l'écart entre le montant de la dotation fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (inscrit dans les comptes tendanciels pour 2014) et celui de la dotation du projet de loi pour 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 P ou R***	***2014***	***2015***	***2016***
Assurance maladie du régime général		- 14			

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.

d) impacts sur légalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

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

Aucun.

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

Aucun.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

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

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

La mesure est d'application immédiate.

2. **Existence de mesures transitoires ?**

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

5. **Suivi de la mise en œuvre**

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

Non

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

Dans le rapport d'activité annuel de l'office figurent notamment les délais de traitement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, les délais moyens de présentation d'une offre par l'ONIAM, le nombre d'offres faites et l'évolution du nombre des dossiers en stock.

FIXATION DE LA DOTATION DE L'EPRUS

I. Présentation de la mesure

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

L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a pour mission de :

- gérer administrativement et financièrement la réserve sanitaire chargée de répondre à des situations exceptionnelles susceptibles de désorganiser le système de soins ;
- acquérir, fabriquer, importer, stocker et distribuer les produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

Les dépenses relatives à l'achat et à la gestion des produits de santé et dispositifs médicaux font l'objet d'une programmation trisannuelle : l'année 2014 correspond à la deuxième année d'exécution de la programmation 2013–2015. Elles sont financées à parité par l'Etat et l'assurance maladie.

La contribution à la charge des régimes obligatoires de l'assurance maladie est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de fixer la contribution de l'assurance maladie pour 2014 à l'EPRUS à 22,2 M€.
Cette dotation est cohérente avec la programmation pluriannuelle des dépenses pour la période 2013-2015 qui prévoit une participation des régimes d'assurance maladie à hauteur de 66,6 M€ sur la période.

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 2014.

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

S'agissant de fixer une dotation annuelle, la mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, 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

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
		-22,2			

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

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

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

Sans objet

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

Sans objet

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles

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.

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 ?

Non

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article du PLFSS
	III. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 22,2 millions d'euros pour l'année 2014.

FIXATION DE LA DOTATION AUX ARS

I. Présentation de la mesure

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

L'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit un article L. 1432-6 nouveau au code de la santé publique qui prévoit que les agences régionales de santé (ARS) sont notamment financées par des contributions des régimes d'assurance maladie dont le montant est déterminé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition de ce montant entre les régimes d'assurance maladie est ensuite fixée par arrêté ministériel. La dotation est prélevée sur le budget de fonctionnement des organismes retracé dans les conventions d'objectifs et de gestion (le montant de la contribution n'impacte donc pas l'ONDAM).

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 2014 aux agences régionales de santé à 162 M€.

Le niveau de la dotation tient compte de l'évolution du plafond d'emploi global des ARS telle que fixée par la lettre-plafond 2013-2015 relative au ministère des affaires sociales et de la santé et à l'évolution prévisionnelle de la rémunération applicable aux personnels relevant des conventions collectives applicables aux OSS. Elle est également conforme aux normes d'évolution des dépenses de fonctionnement (hors dépenses de personnel) fixées pour les opérateurs de l'Etat.

Par ailleurs, dans un objectif de simplification, il est proposé de modifier l'article L. 1432-6 du code de la santé publique afin de prévoir que la dotation soit fixée, à partir de l'exercice 2015, par arrêté et non par la loi de financement de la sécurité sociale, cette dépense relevant des budgets de gestion des caisses nationales.

Autres options possibles :

Le renvoi à un arrêté pour fixer la dotation à partir de l'exercice 2015 correspond à un objectif de simplification et ne contrevient à aucune disposition de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

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

La détermination par la loi de financement de la sécurité sociale de la contribution des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé résulte des termes de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique.

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 162M€.

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

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 pour le montant de la dotation 2014, s'agissant d'une disposition annuelle. En revanche, les règles relatives aux modalités de détermination de la dotation sont codifiées dans le code de la santé publique (art. L. 1432-6 du code de la santé publique).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure 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 2014 progresse de 2 M€ par rapport à la dotation 2013. L'impact financier, estimé par convention par différence entre exercices, s'élève donc à 2 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2013 (rectificatif)	***2014***	***2015***	***2016***	***2017***
CNAMTS, RSI, CCMSA		2 M€			

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

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

a) impacts économiques

Absence d'impact.

b) impacts sociaux

Absence d'impact.

c) impacts sur l'environnement

Absence d'impact.

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

Absence d'impact.

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

a) impact sur les personnes physiques

Absence d'impact.

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

Absence d'impact.

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

Absence d'impact.

d) impact budgétaire

La dotation est prélevée sur le budget de fonctionnement des organismes (CNAM, RSI, CCMSA).

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 ?

Non. L'activité des ARS est évaluée dans le cadre du suivi du programme n°124 de la loi de finances (conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 1432-6 du code de la santé publique actuel	Article L. 1432-6 modifié du code de la santé publique
Les ressources de l'agence sont constituées par :	Les ressources de l'agence sont constituées par :
1° Une subvention de l'Etat ;	1° Une subvention de l'Etat ;
2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;	2° Des contributions des régimes d'assurance maladie **dont le montant et la répartition entre les régimes sont fixés chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture** ;
3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ;	3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ;
4° Des ressources propres, dons et legs ;	4° Des ressources propres, dons et legs ;
5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.	5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.
Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.	**La contribution prévue au 3° est déterminée** par la loi de financement de la sécurité sociale.

FIXATION DE LA CONTRIBUTION DE LA CNSA AUX ARS

I. Présentation de la mesure

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

Depuis la LFSS pour 2011 (art. 78), un nouveau circuit de financement permet de déléguer aux ARS les crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) prévus par l'article L. 1432-6, 3° du Code de la santé publique au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées et des personnes handicapées. Le montant de cette contribution au budget des ARS est votée de façon identifiée par le Parlement.

Ces crédits ne sont pas compris au sein de l'objectif global de dépenes (OGD) de la CNSA. Ils sont directement prélevés sur le produit brut de la contribution solidarité autonomie (CSA).

Pour mémoire, le Parlement avait voté pour l'année 2013 (art. 73 VI de la LFSS), un montant de 83,65 M€ qui ont été répartis comme suit par l'arrêté du 18 mars 2013 :

- 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'autonomie et l'intégration des malades (MAIA) ;

- 3 M€ pour les aidants familiaux Alzheimer

- 6,2 M€ pour l'aide à domicile

- 0,25 M€ au titre des formations à l'utilisation des logiciels Aggir et Pathos

- 0,6 M€ pour les centres régionaux d'études, d'actions sociales et d'information en faveur des personnes en situation de handicap

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

Mesure proposée :

La mesure vise à fixer à 91,37 M€ le montant pour 2014 de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au titre des actions d'accompagnement en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées qui sera déléguée aux ARS. Elle se décline comme suit :

- 29 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans le cadre du plan Santé mentale en direction des personnes handicapées ;
- 57,14 M€ au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA) ;
- 1,2 M€ au titre de l'aide à domicile ;
- 3 M€ pour les aidants familiaux Alzheimer ;
- 0,25 M€ au titre des formations à l'utilisation des logiciels Aggir et Pathos.
- 0,78 M€ pour le financement des centre régionaux d'études, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de handicap (CREAI) ;

Autres options possibles :

Aucune au vu des termes de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique.

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

Le dernier alinéa de l'article L. 1432-6 dispose que les contributions de la CNSA au budget des ARS qui sont prévues au 3° dudit article sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale

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 91,37 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 2014.

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

Oui. Les années passées, l'article fixant la dotation de la CNSA aux ARS prévoyait que ces crédits soient répartis par un arrêté du ministre chargé des personnes âgées et personnes handicapées. Le fonds régional d'intervention défini aux articles L 1435-8 et 1435-9 du code de la santé publique intègre désormais les crédits relatifs aux GEM et aux MAIA. L'abondement de ce fonds par la CNSA nécessite une décision du directeur de la CNSA. En conséquence, l'arrêté du ministre prévu antérieurement devient redondant et conduit à des délais supplémentaires pour la prise des arrêtés relatifs aux FIR et la délégation des crédits aux ARS.

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 montant des crédits déconcentrés prélevés sur l'apport brut de la CSA à la section I hors OGD est fixé pour 2014 à 91,37 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
CNSA – organisme qui financent et gèrent des dépenses d'assurance maladie		-91,37 €			

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

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les 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

Sans objet.

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

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

1. **Existence de mesures transitoires ?**

Non.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

4. **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 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.

	Nouvel article de la LFSS pour 2014
	IV- Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 91,37 millions d'euros pour l'année 2014.

ARTICLE 52

DOTATIONS DE LA BRANCHE AT-MP AU FCAATA, ET AU FIVA, ET MONTANT DU TRANSFERT AU TITRE DE LA SOUS-DECLARATION AT-MP POUR 2014

I. Présentation de la mesure

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

a) FIVA.

Le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), créé par l'article 53 de la LFSS pour 2001, est financé par une contribution de la branche AT-MP et par une contribution de l'Etat. La contribution de la branche AT-MP est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

De sa création à 2013, le FIVA a été doté de 3,917 Mds € dont 3,453 Mds € provenant de la branche AT-MP. Pour 2013, la contribution de celle-ci avait été fixée à 115 M€ contre 315 M€ en 2012.

Pour 2014, le total des dépenses est évalué à 480 M€. Compte tenu du résultat cumulé fin 2013, qui serait nul, et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 105 M€) une dotation de la branche AT-MP de 435 M€ est nécessaire.

b) FCAATA.

Le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a été créé par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il s'adresse aux salariés du régime général ou du régime agricole atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante et aux salariés du régime général ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de 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 30 juin 2013, 25.000 personnes bénéficiaient du dispositif.

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) est revenu à l'équilibre en 2010. Son solde était en effet, pour cette année, excédentaire de 9 M€ et cette tendance s'est accentuée les deux années suivantes : + 51 M€ en 2011, + 64 M€ en 2012. Pour 2013, il devrait être de + 102 M€.

Cette amélioration résulte de la diminution continue, depuis 2009, des dépenses du Fonds. Ces dépenses ont en effet diminué de 0,2 % en 2009, de 2,9 % en 2010 et 2011 et de 1,8 % en 2012. Elles devraient diminuer de 4,1 % en 2013 et de 2,9 % en 2014. Le produit de la fraction des droits sur les tabacs affectée au Fonds devrait par ailleurs évoluer de 4,1% en 2013 pour s'établir à 34 M€ et rester stable en 2014 (34,2 M€).

c) Sous-déclaration des ATMP.

L'article L.176-1 du code de la sécurité sociale prévoit qu'il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), au profit de la branche maladie, maternité invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV du code de la sécurité sociale.

L'article L.176-2 du même code précise que le montant de ce versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Une commission présidée par un magistrat de la Cour des Comptes remet tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement avant le 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 (millions d'€)
Maladies professionnelles	1997	137,20
Maladies professionnelles	1998	138,71
Maladies professionnelles	1999	140,38
Maladies professionnelles	2000	141,02
Maladies professionnelles	2001	144,06
Maladies professionnelles + accidents du travail	2002	299,62
Maladies professionnelles + accidents du travail	2003 à 2006	330,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2007 et 2008	410,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2009 à 2011	710,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2012	790,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2013	790,00

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 1015 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

a) FIVA.

Mesure proposée :

Au 31 décembre 2013, le montant total des dépenses devrait s'établir à 530 M€, le résultat net de l'exercice à -297 M€ et le résultat net cumulé à zéro.

Le total des dépenses pour 2014 est évalué à 480 M€. Compte tenu des autres produits du fonds (estimés à hauteur de 105 M€), une dotation de la branche AT-MP de 435 M€ est proposée. Ainsi, le résultat net fin 2014 serait égal à 60 M€ et le résultat cumulé fin 2014 s'établirait à un niveau identique.

Le compte prévisionnel du Fonds est présenté dans l'annexe 8 du présent projet de loi.

Autres options possibles : aucune au vu de l'objectif poursuivi.

b) FCAATA.

Mesure proposée : il est proposé de fixer la dotation au FCAATA à 821 M€ pour l'année 2014.

Autres options possibles : aucune au vu de l'objectif poursuivi.

c) Sous-déclaration des ATMP.

Mesure proposée : il est proposé de maintenir le montant du versement au même niveau qu'en 2012 et 2013, 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

a) FIVA.

Le VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoit que le FIVA est financé par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette dotation, qui représente une dépense pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, trouve sa place en quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale.

b) FCAATA.

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 prévoit que le FCAATA est financé par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette dotation, qui représente une dépense pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, trouve sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

c) Sous-déclaration des ATMP.

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 2014.

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, le FCAATA et le régime général interviennent dans les départements d'outre-mer hors Mayotte et à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Ils n'interviennent 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 le montant prévu dans les comptes tendanciels pour 2013 et le montant de la dotation prévu par le projet de loi de financement pour 2014.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2013 (rectificatif)	***2014 P***	***2015***	***2016***	***2017***
Branche AT-MP du RG (FIVA)		-120			
Branche AT-MP du RG (FCAATA)		+ 69			
Branche AT-MP du RG (sous-déclaration)		0			
Branche maladie du RG (sous-déclaration)		0			

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

La branche AT-MP est financée quasi-exclusivement par des cotisations des entreprises. La dotation qu'elle verse au FIVA représente pour elles l'équivalent d'environ [0,07 / 0,08] point de cotisations.

Les dotations versées au FCAATA et à l'assurance maladie représentent chacune l'équivalent d'environ 0,16 point de cotisations.

b) impacts sociaux

Les transferts opérés vers le FIVA et le FCAATA permettent de poursuivre la mise en œuvre des processus d'indemnisation et de départs anticipés des personnes concernées.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) impacts sur légalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens existants.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens existants.

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

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

La mesure est d'application immédiate.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet.

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

Sans objet.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

5. Suivi de la mise en œuvre

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

a) FIVA.

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.

b) FCAATA.

- 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

c) Sous-déclaration des ATMP.

- 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 53

EXTENTION AU REGIME DES MARINS DES DISPOSITIONS RELATIVES A LA FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR

I. Présentation de la mesure

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

Les marins disposent d'un régime de sécurité sociale géré par l'Etablissement national des invalides de la marine (ENIM), qui assure la couverture des risques maladie, accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) et vieillesse. Le régime est organisé par le décret-loi du 17 juin 1938 et est commun à tous les navigants professionnels du commerce, de la pêche et de la plaisance, soit au total une population protégée de 171 714 ressortissants (27 116 actifs[38], 119 956 pensionnés et 25 138 ayants droits) au titre de l'année 2012[39].

La victime d'ATMP relevant du régime spécial des marins, au même titre qu'une victime relevant du régime général, bénéficie d'indemnités journalières (I.J) ayant pour but de compenser son incapacité temporaire. Une décision médicale constate l'aptitude de la victime à reprendre le travail et indique si l'accident a causé une incapacité partielle ou totale de la victime. Dans ce cas, la victime bénéficie d'une indemnisation qui succède aux I.J et vise à compenser l'incapacité permanente partielle ou totale :

- au régime général, il s'agit **soit d'une indemnité en capital lorsque l'incapacité est inférieure à 10% soit d'une rente** lorsque cette incapacité est égale ou supérieure à 10% (article L.434-1 et L.434-2 du CSS) ;
- dans le régime des marins, le marin ne perçoit **aucune indemnisation en cas d'invalidité inférieure à 10% mais, il reçoit une pension s'il est atteint d'une invalidité permanente d'au moins 10 % évaluée d'**après le barème en vigueur pour les accidents du travail (article 16 du décret du 17 juin 1938) ;

Dans les deux régimes, si l'accident a entraîné la mort de la victime, son conjoint, ses orphelins et ses ascendants perçoivent **une pension** (article L. 434-7 du CSS concernant les salariés du régime général et article 19 du décret du 17 juin 1938 concernant les marins).

En matière de FIE, l'article L.412-8-8° du CSS prévoit que les marins bénéficient des dispositions applicables aux salariés du régime général si l'accident du travail a lieu *en dehors de l'exécution d'un contrat d'engagement maritime* (C.E.M).

Dans les faits, l'ENIM estime que la totalité de ses affiliés sont liés par des contrats d'engagement maritime. **De ce fait, l'application de l'article L.412-8-8 du CSS conduit à ce qu'aucun de ses ressortissants ne bénéficie des droits inhérents à une faute inexcusable de l'employeur, que l'accident soit survenu en mer ou à terre**.

La mesure proposée permet de **répondre à la réserve d'interprétation formulée par le Conseil constitutionnel le 6 mai 2011** (décision n° 2011-127 QPC du 6 mai 2011) qui a considéré que l'existence de règles spécifiques en matière de risques ATMP applicables aux marins ne doit pas faire obstacle « *à ce qu'un marin victime, au cours de l'exécution de son contrat d'engagement maritime, d'un accident du travail imputable à une faute inexcusable de son employeur puisse demander, devant les juridictions de la sécurité sociale, une indemnisation complémentaire dans les conditions prévues par le chapitre 2 du titre V du livre IV du code de la sécurité sociale*. »

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

La mesure proposée permet d'assurer une égalité de traitement entre victimes du régime général et celles du régime spécial et une convergence des règles entre les deux régimes.

[38] 45% commerce ; 42% pêche ; 13% conchyliculture
[39] Rapport d'activité 2012 de l'ENIM

Elle consiste à modifier directement l'article L. 412-8-8° du CSS en supprimant la référence "pour les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus en dehors de l'exécution du contrat d'engagement maritime" pour la remplacer par "pour l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles imputables à une faute inexcusable de l'employeur. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa".

Cette modification permet de rendre applicable aux marins l'ensemble des dispositions relatives à la FIE telle que prévue au chapitre 2 du titre V du livre IV du code de la sécurité sociale notamment celles relatives à savoir :

- la majoration du capital ou de la rente servis par le régime à la victime. Cette majoration serait payée par l'ENIM qui en récupèrerait le montant sous forme de capital représentatif auprès de l'employeur fautif (L. 452-2 du CSS) ;
- une indemnisation complémentaire aux fins de réparer leurs souffrances physiques et morales, leurs préjudices esthétiques et d'agrément et leurs préjudices résultant de la perte ou de la diminution des possibilités de promotion professionnelle (L. 452-3 du CSS) ;
- une réparation au titre des préjudices non couverts par l'indemnisation complémentaire rappelée ci-dessus (conformément aux décisions du Conseil constitutionnel précitées du 18 juin 2010 pour le régime général[40] et du 6 mai 2011 pour le régime des marins)

Cette modification de l'article L. 412-8-8° du CSS permet de leur rendre applicables les dispositions relatives à l'indemnisation de la faute inexcusable de l'employeur prévue au livre IV du code de la sécurité sociale (majoration du capital ou de la rente servis par le régime à la victime, indemnisation complémentaire), afin qu'elles complètent les dispositions générales relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles inscrites dans le décret-loi du 17 juin 1938. Le renvoi au décret permettra de préciser les conditions d'application pour tenir compte des règles existantes dans le régime des marins notamment sur la définition du salaire retenu qui n'est pas le même que celui pris en compte dans le livre IV du code de la sécurité sociale

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

La mesure affecte directement les dépenses du régime de sécurité sociale des marins. 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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.

[40] La Cour de cassation a précisé (arrêts du 4 avril 2012) qu'il appartenait aux CPAM de faire l'avance de l'indemnisation au titre de ces autres préjudices

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

Oui (code de la sécurité sociale).

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 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

L'estimation du coût de la faute inexcusable est difficile. De nombreux exemples montrant la grande variabilité des montants attribués par les tribunaux (de moins de 2 000 € à plus de 200 000 €), l'indemnisation étant imputable au régime de sécurité sociale de la victime, à charge pour ce dernier de se retourner contre l'employeur. Ce coût consiste en une majoration de la rente accident du travail/maladie professionnelle, portée au maximum (= au taux IPP du revenu réel) et un montant d'indemnisation complémentaire accordé par le juge ou accepté lors de la conciliation entre les parties. Les actions de la caisse en récupération des montants auprès de l'employeur sont le versement en capital par l'entreprise fautive et l'émission d'un titre de perception contre l'employeur.

L'estimation réalisée consiste à appliquer au montant maximum des concessions de rentes AT-MP (ATM, PIMP, CAAA) observées sur les dernières années, **évalué par à l'ENIM à 2,98 M€,** un ratio de 22% qui correspondant au ratio des charges de FIE sur le total des charges AT/MP au régime général.

Sur la base de ce calcul, le risque FIE est estimé à 0,66 M€ par an.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2013 (rectificatif)	***2014***	***2015***	***2016***	***2017***
Surcout pour l'ENIM des dépenses supplémentaires liées à l'indemnisation de la FIE			- 0,66 M€	- 0,66 M€	- 0,66 M€

Il est à noter que la mise en place de ce mécanisme d'indemnisation de la F.I.E présente un impact financier pour le régime au regard du risque d'insolvabilité de l'employeur, difficile à estimer. Toutefois, ce risque est le même que celui existant pour les employeurs relevant du régime général.

S'agissant des mesures permettant de se prémunir d'un risque de non remboursement des sommes avancées par l'ENIM, elles sont identiques à celles que peut mettre en œuvre une CPAM puisque ce sont les mêmes dispositions qui sont reprises.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Cette mesure sera favorablement accueillie par les ressortissants du régime des marins compte tenu de la forte sinistralité existant dans ce secteur : le nombre d'accidents du travail est en moyenne deux fois supérieur chez les marins à celui constaté pour les assurés du régime général. Il était de 38/1000 au régime général (en 2008) et de 77,6/1000 (en 2010 chez les marins).

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 permettront aux victimes de F.I.E de bénéficier d'une meilleure indemnisation des accidents du travail dont ils sont victimes.

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

L'organisme gestionnaire du régime spécial des marins (ENIM) devra procéder à une majoration des indemnisations ainsi qu'à des actions récursoires contre les employeurs pour obtenir le remboursement des frais avancés.

Les dépenses AT/MP du régime des marins sont indirectement financées par la branche maladie du régime général. Cette mesure va donc constituer un surcoût pour la CNAMTS estimé à 0,66M€ par an, charge qui viendra s'ajouter aux 65M€ pris en charge au titre du risque AT/MP.

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

Sans objet

d) impact budgétaire

Le coût de cette mesure est estimé à 0,66M€.

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

Le décret du 17 juin 1938 sera modifié afin d'intégrer l'équivalent des dispositions appliquées par le régime général en matière de faute inexcusable de l'employeur et d'adapter à la marge certaines dispositions notamment sur la définition du salaire retenu qui n'est pas le même que celui pris en compte dans le livre IV du code de la sécurité sociale.

2. Existence de mesures transitoires ?

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 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.412-8-8 *actuel* du code de la sécurité sociale	**article L.412-8-8 *modifié* du code de la sécurité sociale modifié**
8° - « les personnes mentionnées à l'article 2 du décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins pour les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus en dehors de l'exécution du contrat d'engagement maritime ; »	8° - « les personnes mentionnées à l'article 2 du décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins ~~pour les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus en dehors de l'exécution du contrat d'engagement maritime~~ pour l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles imputables à une faute inexcusable de l'employeur. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa ».

ARTICLE 55

MAJORATION DU COMPLEMENT FAMILIAL POUR LES FAMILLES SOUS LE SEUIL DE PAUVRETE

I. Présentation de la mesure

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

Certaines familles sont particulièrement vulnérables et exposées au risque de pauvreté, notamment les familles nombreuses et monoparentales. Alors qu'un enfant sur cinq est touché par la pauvreté, l'UNICEF a appelé la France à améliorer l'efficacité de son action en direction des enfants.

Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté a inscrit un objectif de redéploiement des prestations familiales vers les familles les plus modestes notamment par l'amélioration de l'allocation de soutien familial et du complément familial qui sont des aides qui visent spécifiquement les familles monoparentales et/ou nombreuses.

Créé par la loi du 12 juillet 1977en métropole et institué dans les DOM par la loi du 29 décembre 1977, le complément familial (CF) a été reformé en 1985. Il s'agit d'une prestation versée sous conditions de ressources pour aider financièrement les familles nombreuses qui disposent de revenus modestes.

En métropole, le CF est versé aux familles d'au moins trois enfants qui sont tous âgés de plus de 3 ans et de moins de 21 ans (depuis le 1er janvier 2000). Dans les DOM, le CF est versé aux familles qui assument la charge d'au moins un enfant de plus de 3 ans et de moins de 5 ans.

Le CF s'élève à 167,34 € en métropole et à 95,58€ dans les DOM (montants hors CRDS).

En décembre 2012, 854 000 allocataires percevaient cette prestation (France métropolitaine et DOM, tous régimes).

Ainsi, pour soutenir les familles nombreuses les plus fragiles, il apparait opportun d'assurer un soutien financier supplémentaire au titre du complément familial par la création d'un montant majoré pour les familles ayant des ressources inférieures au seuil de pauvreté.

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

Mesure proposée :

Afin d'apporter un soutien financier supplémentaire aux familles défavorisées, la mesure consiste en une majoration du montant du complément familial de 50 % sur 5 ans (par rapport au montant 2013), pour les familles dont les ressources, perçues au cours de l'année de référence (N-2), n'excèdent pas un seuil de revenu.

La majoration s'étalant sur cinq années, la mesure montera en charge entre 1er avril 2014 et le 1er avril 2018.

Afin que cette majoration du complément familial n'ait pas pour effet de réduire le montant du RSA auxquels les allocataires ont droit, il est proposé d'exclure cette majoration de la base ressources sur laquelle le RSA est calculé. Le code de l'action sociale et des familles devra être modifié en ce sens par décret en Conseil d'Etat.

En métropole:

Le plafond ouvrant droit à un CF majoré équivaut à 50 % du plafond de ressources en vigueur au 1er janvier 2013. Il est calculé sur la base d'un plafond de base de 10 167 euros (50 % du montant du plafond de base en vigueur en métropole). Une majoration de 25 % par enfant à charge (2 542 euros) et une majoration de 30 % par enfant à charge supplémentaire à partir du 3ème enfant (3 050 euros) sont prévues. La majoration pour double activité/isolement sera de 4 087 euros.

Ainsi en 2013, avec un rapport entre le plafond de majoration et le plafond d'éligibilité de 50 %, le plafond de majoration pour les personnes isolées ou les couples bi-actifs s'établirait à 22 388 € et le plafond de majoration pour les couples mono-actifs à 18 301 € majorés de 3 050 € par enfant supplémentaire au-delà du troisième enfant.

Les plafonds de ressources en métropole seraient établis comme suit (hors inflation) :

	Plafond 1 (nouveau plafond de ressources en dessous duquel le CF est majoré)		**Plafond 2** (plafond de ressources en dessous duquel le CF est versé, en vigueur au 1er janvier 2013)	
	CF majoré		CF non majoré (=montant actuel de CF)	
Nb d'enfants à charge	Couples avec un seul revenu d'activité	Parents isolés ou couples avec deux revenus d'activité	Couples avec un seul revenu d'activité	Parents isolés ou couples avec deux revenus d'activité
3	18 301	22 388	36 599	44 772
4	21 351	25 438	42 699	50 872
Par enfant supplémentaire	3 050	3 050	6 100	6 100

Source : Note DREES BRE N°55/2013 - 29 Mai 2013 - Hausse du montant du complément familial de 50 % pour les bénéficiaires dont le niveau de vie est situé sous le seuil de pauvreté

Le niveau de ce nouveau plafond ouvrant droit au CF majoré, bénéficiera à 50% des bénéficiaires actuels du complément familial (soit environ 400 000 familles bénéficiaires) et à la quasi-totalité des bénéficiaires pauvres du CF (93 % d'entre eux bénéficieraient de la majoration).

Calcul de la prestation:

Le taux du CF applicable aux bénéficiaires du CF majoré, sera augmenté pendant 5 ans, au 1er avril, d'environ 4,17 points en métropole. Cela représente chaque année, une majoration de 17€ du montant mensuel de CF (cette majoration n'intègre pas l'augmentation du montant liée à la revalorisation annuelle du montant de la BMAF).

Les taux du CF majoré, en BMAF, pour la métropole :

Au 1er avril	2 013	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018
Taux BMAF (en %)	41,65	45,82	49,99	54,16	58,33	62,48
Gain (en euros)		16,76	16,75	16,75	16,76	16,67

(Les montants sont en euros 2013 constants).

Nota: le montant du plafond de ressources pour l'attribution du CF majoré, fixé par décret est revalorisé par arrêté au 1er janvier de chaque année en métropole et dans les DOM conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence.

Dans les DOM :

Dans les DOM, le CF est servi sous condition de ressources, aux familles ayant au moins un enfant âgé de 3 à 5 ans. Le plafond de base en vigueur pour le calcul du plafond de ressources du CF dans les DOM est de 18 221 euros et la majoration pour enfant de 5 466 euros. Le plafond de ressources annuel en vigueur au 1er janvier 2013 pour 3 enfants à charge est de 34 619 € (il est de 40 085 € pour 4 enfants). Il n'existe pas de plafond "biactivité/isolement".

En appliquant les mêmes principes qu'en métropole, le plafond en dessous duquel le CF majoré sera servi, équivaut à 50 % du montant du plafond de base en vigueur au 1er janvier 2013 (soit 9 111 euros) et du montant de la majoration par enfant à charge (soit 2 733 euros).

Les plafonds de ressources DOM seraient établis comme suit :

	Plafond 1 (nouveau plafond de ressources en dessous duquel le CF est majoré)	**Plafond 2** (en vigueur au 1er janvier 2013)
Nb d'enfants à charge	CF majoré	CF non majoré (=montant actuel)
1 enfant	11 844	23 687
2 enfants	14 577	29 153
3 enfants	17 310	36 599
4 enfants	20 043	42 699
Par enfant supplémentaire	2 733	6 100

Pour le CF majoré, le taux de la BMAF passera de 23,79 % en 2013 à 35,69 % en 2018.

Cela représente chaque année une majoration d'environ 10 € du montant mensuel de CF dans les DOM (hors revalorisation de la BMAF).

Autres options possibles :

aucune

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

Cette mesure, qui nécessite la création d'un article du code de la sécurité sociale, a un impact direct sur les dépenses de la branche famille et relève de ce fait de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article LO 111-3 du 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

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

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

Elle est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite de créer deux articles dans le 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)	 Oui Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier de la mesure pour la métropole est estimé à -60 M€ en 2014, pour les 400 000 bénéficiaires de cette nouvelle mesure, qui bénéficieront d'un gain annuel d'environ 200 euros au titre de la majoration. Cette impact sera de -378 M€ à terme en 2018 (chiffrage DREES).

La mesure dans les DOM coûterait entre 10 M€ (hypothèse basse si 50 % des bénéficiaires actuels sont concernés comme en métropole) et 20 M€ (hypothèse haute si 100 % des bénéficiaires actuels sont concernés).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2013 (rectificatif)	*2014 P ou R*	*2015*	*2016*	*2017*
Métropole		- 60	- 130	- 210	- 290
DOM (hypothèse haute)		- 3	-7	-11	- 16
Total		- 63	- 137	- 221	- 306

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 participe à augmenter le pouvoir d'achat des familles et bénéficierait ainsi à près de 400 000 familles.

b) impacts sociaux

La mesure participe au soutien des familles les plus modestes.

c) impacts sur l'environnement

Aucun impact.

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

L'aide financière supplémentaire apportée aux familles par le CF majoré au sein desquelles un seul conjoint travaille peut contribuer à lever un obstacle financier à l'emploi du conjoint inactif, qui est souvent la femme, et donc à terme améliorer les taux d'activités féminines.

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 familles concernées par le CF majoré verront son montant revalorisé chaque année de 17 euros mensuels en métropole et de 10 euros mensuels dans les DOM. A ce montant s'ajoutera l'effet mécanique de la revalorisation de la BMAF.

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

La mesure est gérée par les CAF et les caisses locales de la MSA qui devront appliquer cette majoration aux familles dont les revenus sont en dessous du revenu de référence.

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

La mesure suppose une évolution du système d'information pour intégrer cette nouvelle donnée et une charge administrative liée au calcul différencié du montant du CF pour les familles ayant droit au CF majoré.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

L'aide financière supplémentaire apportée aux familles par le CF majoré au sein desquelles un seul conjoint travaille peut contribuer à lever un obstacle financier à l'emploi du conjoint

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

Pour la métropole et les DOM :

- deux décrets d'application (décret en Conseil d'Etat et décret simple) pour déterminer les montants des plafonds et les taux de CF majoré applicables en métropole et dans les DOM.
- une modification du code de l'action sociale et des familles (décret en conseil d'Etat) pour exclure la majoration du complément familial de la base ressources du RSA

Ces textes doivent être publiés avant le 1er avril 2014.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

A compter du 1er avril 2014.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Elles sont assurées par les CAF et les caisses locales de la MSA.

- 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 aura un impact sur les indicateurs suivants du PQE famille :

- indicateur 1-1 sur le niveau de vie des ménages avant et après impôt sur le revenu, prestations familiales, aides au logement et minima sociaux ;
- indicateur 2-1 sur l'impact redistributif du quotient familial, des prestations familiales, des minima sociaux et des allocations logement ;
- indicateur 2-2 sur le nombre d'enfants âgés de moins de 18 ans vivant dans des familles dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté ;
- indicateur 2-4 sur l'impact des prestations familiales, des minima sociaux et des aides au logement sur le taux de pauvreté monétaire des enfants.

- En outre, dans la partie Données de cadrage, la mesure aura un impact sur l'indicateur 5 qui mesure le caractère redistributif des prestations familiales, des allocations logement et des minima sociaux.

Pour le PLFSS 2014, il est prévu un nouvel indicateur répartissant les ménages par décile de revenus ainsi que la composition des prestations familiales perçues.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 522-3 *nouveau* du code de la sécurité sociale
	Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 522-2. Ce plafond est majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge des enfants est assumée par une seule personne. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. **Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret.**
	Article L.755-16-1 *nouveau* du code de la sécurité sociale
	Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 755-16. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. **Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret.**

ARTICLE 56

MODULATION DE L'ALLOCATION DE BASE DE LA PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT (PAJE) ET ALIGNEMENT PROGRESSIF DE SON MONTANT SUR CELUI DU COMPLEMENT FAMILIAL

I. Présentation de la mesure

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

L'allocation de base (AB) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)[41] est attribuée, à compter de la date de la naissance du ou des enfants, au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond. Elle est versée jusqu'au mois précédant le 3e anniversaire de l'enfant.

Une même famille ne peut pas cumuler plusieurs allocations de base sauf pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.

Le montant de l'allocation de base est le même pour tous les allocataires : 185,54 euros depuis le 1er avril 2013.

En décembre 2012, 1 915 000 allocataires percevaient cette prestation (France métropolitaine et DOM).

En 2013, le plafond de ressources de base s'élève à 27 855 euros. Il est majoré de 25% par enfant à charge, et de 30% par enfant à charge à partir du troisième enfant. Ce plafond est également majoré de 11 195 euros si les deux membres du couple travaillent ou s'il s'agit d'une personne isolée.

Plafonds au 1er janvier 2013

Nombre d'enfants à charge	Plafond (en euros)	Plafond majoré en cas de biactivité ou d'isolement
1 enfant	34 819	46 014
2 enfants	41 783	52 978
3 enfants	50 140	61 335
4 enfants	58 497	69 692
Par enfant supplémentaire	8 357	8 357

Dans le cadre de la rénovation de la politique familiale, le Premier ministre a annoncé le 3 juin 2013, le recentrage de certaines prestations au bénéfice des familles en ayant le plus besoin, parmi lesquelles l'AB de la PAJE.

En outre, pour les familles dont les ressources n'excèdent pas un plafond et qui assument la charge d'au moins trois enfants de moins de vingt et un ans, le complément familial (CF) prend le relais de l'allocation de base aux trois ans du troisième enfant.

Le CF était versée à environ 820 000 familles en décembre 2011.

L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant n'est pas cumulable avec le complément familial défini à l'article L.522-1 (article L.532-1 du code de la sécurité sociale). A l'arrivée

[41] Art. L. 531-3 du code de la sécurité sociale

d'un nouvel enfant, le montant de l'allocation de base est ouvert et prend le relais du complément familial pour les familles qui y ouvrent droit.

Le montant de l'allocation de base est de 185,54 € (avant CRDS) alors que celui du complément familial est de 168,18 € (avant CRDS).

Pour assurer une cohérence entre les deux prestations, il est proposé d'aligner le montant de l'allocation de base (identique en métropole et dans les DOM) sur celui du complément familial en vigueur en métropole.

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

Mesures proposées :

- **Modulation de l'AB**

La mesure consiste à moduler le montant de l'AB selon le niveau de ressources des familles. Ainsi, le montant de l'allocation de base sera divisé par deux pour les familles éligibles à l'AB mais ayant des ressources dépassant un certain seuil.

La mise en place du plafond au-delà duquel le montant mensuel d'AB serait divisé par deux, aboutirait à réduire la prestation pour près de **180 000 familles** (environ 10% des bénéficiaires) et produirait une **économie de l'ordre de 255 M€ à terme** pour la branche.

	Plafond 2 (sous lequel AB taux plein)		**Plafond 1 (sous lequel AB taux partiel)**	
Revenus 2012	**Plafond simple**	**Plafond majoré**	**Plafond simple**	**Plafond majoré**
	Couples avec un seul revenu	**Parent isolé ou couples avec deux revenus**	**Couples avec un seul revenu**	**Parent isolé ou couples avec deux revenus**
Un enfant	33 000 €	42 000 €	39 423 €	50 173 €
Deux enfants	39 000 €	48 000 €	46 590 €	57 341 €
Trois enfants	45 000 €	54 000 €	53 757 €	64 508 €
Par enfant supplémentaire	6 000 €	6 000 €	7 167€	7 167 €

Plafonds 2014 applicables aux revenus nets annuels 2012 (pour calcul des droits AB en 2014) avant abattements fiscaux

L'effet des nouveaux plafonds PAJE pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er avril 2014

En cohérence avec la structure du plafond retenu pour la modulation de l'AB, le plafond d'exclusion de l'AB est ajusté. En conséquence, les plafonds de la prime à la naissance et à l'adoption et du CMG sont recalculés. Ces nouveaux plafonds de la PAJE (prime à la naissance ou à l'adoption, AB et CMG) seraient plus restrictifs. Concrètement :

- 30 000 familles seraient exclues à l'avenir de l'AB soit 3 % des bénéficiaires
- 10 000 familles seraient exclues à l'avenir de la prime à la naissance ou l'adoption
- 30 000 familles percevraient à l'avenir un montant moindre de CMG

Au total, l'économie serait de l'ordre de **130 M€** pour la branche en 2016 (80 M€ au titre de l'AB, 10 M€ pour la PN et 40 M€ pour le CMG.

❖ **Alignement progressif de l'AB et du complément familial**

Pour aligner à terme les montants de l'AB de la PAJE et du complément familial, il est proposé, à titre exceptionnel, de déroger au mécanisme de détermination du montant des prestations familiales (prévue à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale) pour le calcul du montant de l'AB.

Le montant de l'AB de la PAJE sera ainsi gelé jusqu'à ce qu'il soit identique ou qu'il se rapproche du montant du complément familial.

Il est proposé de fixer au niveau législatif le principe de la fixation d'un montant forfaitaire d'AB à sa valeur 2013 (soit 185,54 euros avant CRDS) et de le maintenir à ce niveau jusqu'à ce qu'il se rapproche ou qu'il soit identique au montant du complément familial en vigueur en métropole.

Une fois cet objectif atteint, un décret déterminera le taux servant au calcul de l'AB et du CF. Il faut une durée approximative de 6 ans pour atteindre cet objectif (soit 2020).

A noter : dans le cadre de la mesure de modulation de l'AB, le montant gelé d'AB sera appliqué à la fois aux familles qui gardent une AB à taux plein et aux familles qui bénéficient d'une AB à taux partiel.

Le montant de la prime à la naissance étant dans les faits équivalent à 5 montants d'AB, il est prévu que les primes à la naissance et à l'adoption, suivent la même évolution que l'AB, à savoir un gel de leur montant.

Le gel du montant de l'AB jusqu'en 2019 sans changement de plafond, occasionnerait une **économie de l'ordre de 380 M€ à l'horizon 2019**. Il concernerait l'ensemble des familles bénéficiaires, soit **près de 1,9 million de ménages.** L'économie liée au gel des primes à la naissance et de l'adoption serait de 60 M€ à horizon 2019.

Impact financier global[42]

(en M€)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Modulation de l'AB	+ 10	+ 80	+ 170	+ 240	+ 250	+ 255
Mise en place des nouveaux plafonds PAJE	+ 10	+ 50	+ 100	+ 130	+ 130	+ 130
Gels de l'AB et de la PN	+ 30	+ 100	+ 180	+ 260	+ 360	+ 440
TOTAL*	**+ 40**	**+ 210**	**+ 430**	**+ 650**	**+ 750**	**+ 820**

*Source: ÉNA (exploitation 6C) * le total ne correspond à la somme des mesures du fait de l'effet croisé des mesures, par exemple le gel de l'AB a un effet sur le rendement de la modulation.*

[42] Précision : Les chiffres indiqués ont été calculés à partir des hypothèses macroéconomiques de la CCSS de septembre 2013 (en particulier inflation à +0.8% en 2013, +1.3% en 2014 et +1.75% à partir de 2015).

Avec ces différents ajustements, l'impact global de la double mesure de gel de l'AB et de la PN jusqu'en 2019 et de modulation du montant de l'AB serait une **économie de près de 820 M€ à l'horizon 2019**.

En 2016, horizon des mesures de rénovation de la politique familiale annoncées, l'économie serait ainsi de **430 M€**.

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

Ces mesures, qui nécessitent la modification d'articles du code de la sécurité sociale, ont un impact direct sur les dépenses de la branche famille et relève de ce fait de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article LO 111-3 du même code.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

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

Elle est compatible avec le droit européen

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

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite de modifier l'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale. En outre, il est nécessaire de modifier l'article L. 531-2 afin de modifier la structuration des plafonds de ressources de la prime à la naissance applicables à l'AB et indirectement au complément de libre choix du mode de garde.

En revanche, la fixation d'un montant forfaitaire d'AB à sa valeur 2013 et son maintien jusqu'à ce que son montant se rapproche de celui du complément familial constitue une dérogation à une disposition législative mais dont le caractère est temporaire (6 années). Pour cette raison, il n'est pas prévu de codifier la mesure.

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	Oui

-Saint-Martin et Saint Barthélémy -autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Les éléments d''évaluation sont présentés supra avec le détail des mesures.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2014	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*
Branche famille	+40	+210	+430	+650	+750

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Doit participer au rééquilibrage de la branche famille.

b) impacts sociaux

Cette mesure entraîne la diminution de moitié du montant de l'AB pour environ 10 % % des ménages éligibles à l'AB de la PAJE. En outre, à les nouveaux plafonds de ressources PAJE conduisent à exclure ou réduire les droits de :

- 30 000 familles seraient exclues de l'AB soit 3 % des bénéficiaires
- 10 000 familles seraient exclues de la prime à la naissance ou l'adoption
- 30 000 familles percevraient un montant moindre de CMG

Ces mesures ne s'appliquent cependant qu'au flux des nouveaux allocataires.

Le gel de l'AB et de la PN concerne l'ensemble des allocataires de ces prestations.

c) impacts sur l'environnement

Aucun impact

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

Aucun impact

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

a) impact sur les personnes physiques

A partir du 1er avril 2014, les nouveaux allocataires de l'AB percevront une AB diminuée de moitié lorsqu'ils appartiennent aux déciles de niveau de vie les plus élevés.

En outre, la non revalorisation de l'AB et de la PN représentera une perte financière pour les allocataires.

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

La mesure est gérée par les CAF et les caisses locales de la MSA.

Le fait que la mesure s'applique au flux des nouvelles naissances a pour conséquence que les caisses vont devoir gérer deux barèmes différents en fonction des familles.

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

Le système d'information devra être modifié, et le calcul des droits devra intégrer les deux montants d'AB (taux plein et taux partiel).

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

Pas d'impact.

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

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

Pour la modulation de l'AB : modification de l'article L.531-3 pour instituer le plafond en dessous duquel l'AB est versée à taux plein et au-dessus duquel elle est versée à taux partiel.

En raison des nouveaux plafonds de ressources PAJE, modification de l'article L. 531-2 pour supprimer la majoration du plafond de ressources qui varie selon le rang de l'enfant, applicable à la prime à la naissance mais également à l'AB et indirectement au CMG.

Par ailleurs, pour le gel de l'AB, une mesure législative doit inscrire la dérogation au mécanisme de revalorisation des prestations familiales définies en taux de BMAF.

L'article R.531-1 devra être modifié pour harmoniser la majoration pour enfants à charge en fonction du seul nombre d'enfants et non plus en fonction du rang (22 % au lieu de 25 % puis 30 % à partir du 3è enfant) tant pour la PN et l'AB que indirectement pour le CMG.

L'article D. 531-3 du code de la sécurité sociale devra être modifié lorsque le montant du complément familial sera supérieur ou égal à celui de l'AB, a priori en 2020. A cette date, la dérogation à l'article L.551-1 du CSS prenant fin, il conviendra de déterminer par décret un même taux de BMAF pour l'AB et le CF.

2. Existence de mesures transitoires ?

La mesure entrant en vigueur sur le flux des nouvelles naissances, elle monte en charge progressivement.

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

Immédiate, à compter du 1er avril 2014.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Elles sont assurées par les CAF et les caisses locales de la MSA.

- 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 n'est pas suivie en tant que telle mais aura un impact sur l'indicateur 4 du PQE famille qui retrace l'évolution des masses des prestations familiales.

Un nouvel indicateur mettra en perspective le nombre de bénéficiaires au regard des masses financières représentées par chaque type de prestation.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L531-2 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L531-2 *modifié* du code de la sécurité sociale**
La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption. La date de versement de cette prime est fixée par décret. Le plafond de ressources varie selon le rang et le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.	La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption. La date de versement de cette prime est fixée par décret. Le plafond de ressources varie selon ~~le rang et~~ le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.
Article L531-3 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L531-3 *modifié* du code de la sécurité sociale**
L'allocation de base est attribuée, à compter de la date de la naissance du ou des enfants, au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond. Elle est versée jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1. L'allocation est versée à compter de la date de l'arrivée au foyer, pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie à l'alinéa précédent. Le plafond de ressources est celui défini à l'article L. 531-2. Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.	L'allocation de base est attribuée, à compter de la date de la naissance du ou des enfants, ~~au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond~~. Elle est versée jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1. **L'allocation de base est versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le plafond défini à l'article L. 531-2. Elle est versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond défini par décret qui varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et qui est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Ce plafond est revalorisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac**

	L'allocation est versée à compter de la date de l'arrivée au foyer, pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie à l'alinéa premier. ~~Le plafond de ressources est celui défini à l'article L. 531-2.~~ Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.

ARTICLE 57

SUPPRESSION DU COMPLEMENT LIBRE CHOIX D'ACTIVITE (CLCA) MAJORE ET MODIFICATION DES CONDITIONS D'ACCES AU CLCA A TAUX PARTIEL POUR LES NON-SALARIES

I. Présentation de la mesure

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

Attribuée aux parents et à toute personne qui assume la charge d'un enfant né, adopté ou accueilli en vue de son adoption, la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) se compose de la prime à la naissance ou à l'adoption, de l'allocation de base, du complément de libre choix d'activité et du complément de libre choix du mode de garde.

Sous réserve d'une activité professionnelle antérieure suffisante, le complément de libre choix d'activité (CLCA) est attribué, sans condition de ressources, lorsque l'un des parents cesse son activité professionnelle (CLCA à taux plein) ou réduit son activité professionnelle (CLCA à taux partiel) pour élever un enfant de moins de trois ans. Pour les familles ayant un enfant, ce complément est versé pendant une période maximale de six mois. A partir de deux enfants à charge, ce complément est versé jusqu'au mois précédant le 3ème anniversaire du dernier enfant.

❖ **Le droit au CLCA à taux partiel pour les non salariés**

Actuellement, l'article L. 531- 4 du code de la sécurité sociale, dispose que le complément est attribué à taux partiel à la personne qui exerce une activité ou poursuit une formation professionnelle rémunérée, à temps partiel.

Cependant, dans son paragraphe II, l'article D. 531-9 CSS prévoit que le bénéfice du CLCA à taux partiel est ouvert aux travailleurs non-salariés, VRP, employés de maisons, artisans, commerçants, professionnels de santé et aux non-salariés agricoles si :

- le temps partiel déclaré sur l'honneur est compris entre 50 et 80% ;
- l'activité à temps partiel ne procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel divisé par douze supérieurs à 170% du salaire minimum de croissance multiplié par 169.

Les employeurs et travailleurs indépendants touchant le CLCA à taux réduit représentent moins de 3% du total des bénéficiaires de cette prestation.

Bénéficiaires du CLCA à taux réduit au titre de décembre 2012

	Autres	ETI	Totalité	proportion des ETI (%)
déc-12	227 003	6 407	233 410	2,7
janv-13	215 723	5 826	221 549	2,6
févr-13	217 923	5 897	223 820	2,6

Saisi d'une question préjudicielle, le Conseil d'Etat a le 13 mars 2013 déclaré illégal le II de l'article D.531-9 du code de la sécurité sociale, au motif qu'il soumet le bénéfice du CLCA à taux partiel pour les travailleurs non salariés à un plafond de ressources qui ne s'applique pas aux salariés et que cette condition n'est pas prévue par la loi.

Pour les mêmes motifs, les autres dispositions de l'article D.531-9 qui conditionnent le bénéfice du CLCA à taux partiel à un plafond de ressources peuvent être considérées comme illégales.

Afin d'éviter la multiplication des contentieux adossés à cet article, il est nécessaire de suspendre l'application des dispositions concernées et de prévoir de nouvelles modalités d'appréciation du travail à temps partiel des travailleurs indépendants.

- **La suppression du CLCA majoré**

A ce jour, le montant du CLCA varie selon que la famille est bénéficiaire, ou non, de l'allocation de base.

Les bénéficiaires du CLCA qui ne perçoivent pas l'allocation de base, du fait de ressources trop élevées, bénéficient d'un montant de CLCA majoré de l'équivalent de cette allocation de base (184,62€ par mois en 2013).

En 2013, les montants mensuels du CLCA (hors CRDS) sont les suivants :

CLCA		
	Famille percevant l'AB	Famille ne percevant pas l'AB
Cessation totale d'activité (CLCA à taux plein)	388,19€	572,81€
Cessation partielle d'activité (durée de travail < ou = à 50%)	250,95€	435,57€
Cessation partielle d'activité (durée de travail entre 50% et 80%)	144,77€	329,38€

Le CLCA majoré est donc favorable aux parents dont les revenus sont supérieurs au plafond de ressources de l'AB[43], soit les déciles de revenus les plus élevés (16% des familles[44]).

Dans le cadre de la rénovation de la politique familiale, le Premier ministre a annoncé le 3 juin 2013 une évolution de la prestation d'accueil du jeune enfant en vue de la recentrer sur les familles en ayant le plus besoin. Parmi les mesures annoncées, figure l'uniformisation du montant du CLCA.

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

- **Le droit au CLCA à taux partiel pour les non salariés**

Il est proposé d'inscrire au niveau législatif le principe selon lequel le droit au CLCA des travailleurs indépendants est ouvert à la condition que l'activité à temps partiel ne procure pas une rémunération supérieure à un certain montant défini par décret. Afin de ne pas fermer cette prestation aux parents qui ont des revenus professionnels élevés, bien qu'exerçant leur activité à temps partiel, il est également proposé de leur faire bénéficier du CLCA à taux partiel dès lors que leurs revenus sont proportionnels à l'activité réduite déclarée

Par ailleurs ce principe législatif général permettrait de combler le vide juridique existant pour les autres catégories d'indépendants, qui malgré leur droit ouvert, ne sont jamais bénéficiaires du CLCA à taux partiel, faute de texte prévoyant les modalités d'application.

- **La suppression du CLCA majoré**

[43] Par exemple, pour un couple avec deux revenus d'activité, le plafond de ressources est fixé à 46 014€ pour un enfant à charge, 52 978€ pour 2 enfants à charge et 61 335€ pour 3 enfants à charge.
[44] Cour des Comptes, ROP sur les prestations familiales sous condition de ressources.

Il est proposé de supprimer le CLCA majoré afin que le montant du CLCA soit le même pour tous les allocataires, quel que soit le niveau de leurs ressources. Ainsi, les familles bénéficiaires ou non de l'allocation de base, percevraient un montant de CLCA identique (par exemple, 388,19€ pour un CLCA à taux plein).

La suppression de cette majoration permettrait de rétablir l'effectivité du principe de mise sous condition de ressource, de renforcer le caractère redistributif du dispositif et de générer une économie pour la branche

Autres options possibles :

S'agissant du CLCA à taux partiel pour les indépendants, une autre option serait la simple abrogation de la disposition réglementaire déclarée illégale. Ainsi, seule la déclaration sur l'honneur conditionnerait alors l'ouverture du CLCA à taux partiel pour les indépendants. Cette option présenterait un risque important de fraude, aucun critère de contrôle ne permettant de contester ces éléments déclaratifs.

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

Ces mesures qui nécessitent la modification d'un article du code de la sécurité sociale, ont un impact direct sur les dépenses de la branche famille et relèvent de ce fait de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article LO 111-3 du même code.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 ?

Non.

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

Oui, elle doit permettre de respecter l'égalité de traitement, en conditionnant l'ouverture du droit à une réduction effective d'activité comme pour les salariés. En revanche, le fait que les indépendants soient dans une situation différente, justifie que les moyens de "contrôle " de cette activité réduite soient différents.

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

a) Possibilité de codification

Les mesures conduisent à modifier l'article L 531-4 du code de la sécurité sociale et à abroger le VII de cet article.

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)	 Oui Oui Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

❖ **CLCA à taux partiel pour les indépendants**

Le nombre de travailleurs indépendants souhaitant bénéficier du CLCA à taux partiel et dont les ressources sont supérieures aux plafonds en vigueur, n'est pas connu.

Mais deux hypothèses peuvent être formulées à partir de la population des non salariés bénéficiaires du CLCA à taux partiel :

- Hypothèse basse : si on considère que la clarification des règles d'ouverture du droit au CLCA à taux partiel pour les indépendants et en particulier pour les non salariés qui n'étaient jusqu'alors pas visés par les textes suscite 25% de nouvelles demandes, le coût de la mesure est estimé à 5 M€ (2 068 allocataires supplémentaires X 2 468 € coût moyen annuel du CLCA taux partiel) ;
- Hypothèse haute : si la mesure suscite 50% de demandes supplémentaires, le coût est estimé à 15 M€ (6 204 X 2 468 € de coût moyen annuel du CLCA taux partiel).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*			
	2014 P ou R	*2015*	*2016*	*2017*
Hypothèse haute	- 4	- 8	- 10	- 15
Hypothèse basse	- 1	- 3	- 4	- 5

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

❖ **Suppression du CLCA majoré**

La mesure entrera en vigueur le 1er avril 2014. La mesure s'appliquera au flux des allocataires, soit aux enfants nés à compter de cette date.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*			
	2014 P ou R	*2015*	*2016*	*2017*
	+ 30	+ 80	+ 110	+ 120

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

Décomposition de l'impact	***2014***	***2015***	***2016***	***2017***

financier selon le rang de l'enfant				
CLCA au titre du 1er enfant	+ 20	+ 30	+ 30	+ 30
CLCA au titre des enfants suivants	+ 10	+ 50	+ 80	+ 90

Précision : les chiffres indiqués ont été calculés à partir des hypothèses macroéconomiques de la CCSS de septembre 2013 (en particulier inflation à +0.8% en 2013, 1.3% en 2014 et 1.75% à partir de 2015).

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Le bénéfice du CLCA à taux partiel aux travailleurs indépendants qui n'y avaient pas droit jusqu'alors est susceptible d'augmenter le pouvoir d'achat de ces familles.

En outre, la suppression du CLCA majoré doit participer au rééquilibrage des comptes de la branche Famille.

b) impacts sociaux

La mesure conditionne l'ouverture du droit au CLCA à taux partiel des indépendants à une condition d'activité réduite, comme pour les salariés.

En outre, la suppression du CLCA majoré entraîne le versement d'un montant de CLCA identique quelles que soient les ressources des allocataires, pour les enfants nés à compter du 1er avril 2014. Elle concerne environ 10% des bénéficiaires actuels de la prestation.

c) impacts sur l'environnement

Aucun impact

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

Aucun impact.

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

a) impact sur les personnes physiques

La mesure conditionne l'ouverture du droit au CLCA à taux partiel des indépendants à une condition d'activité réduite, comme pour les salariés.

La mesure entraîne le versement du CLCA à compter du 1er avril 2014 à un montant identique quelles que soient les ressources des allocataires.

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

La mesure est gérée par les CAF et les caisses locales de la MSA.

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

Un impact en charge de contrôle, mais dont les modalités existent déjà au titre de l'article D531-9 III (al 3).

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**

Une modification de l'article D.531-9 du code de la sécurité sociale.

La suppression de l'article D. 531-12 du code de la sécurité sociale.

2. **Existence de mesures transitoires ?**

Non

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

A compter du 1er avril 2014.

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

Elles sont assurées par les CAF et les caisses locales de la MSA.

- 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, la mesure n'est pas suivie en tant que telle par un indicateur du PQE. Pour mémoire, l'indicateur 11 du PQE famille relatif au nombre de bénéficiaires d'aides à la réduction partielle ou totale d'activité professionnelle (CLCA et COLCA) et proportion de femmes parmi ces bénéficiaires retrace l'évolution du nombre de bénéficiaires du CLCA, sans distinguer pour autant la part des bénéficiaires du CLCA majoré. Il s'agit d'un indicateur de cadrage, non assorti d'objectif.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Pour le PLFSS 2014, le PQE dans sa partie Données de cadrage, sera complété par un nouvel indicateur retraçant le nombre de bénéficiaires par catégorie de prestations dont la PAJE et les dépenses correspondantes.

Il conviendra en outre que la Cnaf suive l'évolution du nombre de bénéficiaires non salariés du CLCA à taux partiel à compter de la mise en œuvre de la réforme.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L 531-4 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L531-4 *modifié* du code de la sécurité sociale**
I.- 1. Le complément de libre choix d'activité est versé à taux plein à la personne qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant.	I.- 1. Le complément de libre choix d'activité est versé à taux plein à la personne qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant.
Les conditions d'assimilation d'un mandat d'élu à une activité professionnelle au sens de l'alinéa précédent sont définies par décret.	Les conditions d'assimilation d'un mandat d'élu à une activité professionnelle au sens de l'alinéa précédent sont définies par décret.
2. Le complément est attribué à taux partiel à la personne qui exerce une activité ou poursuit une formation professionnelle rémunérée, à temps partiel. Son montant est fonction de la quotité de l'activité exercée ou de la formation suivie. Les quotités minimale et maximale de l'activité ou de la formation sont définies par décret.	2. Le complément est attribué à taux partiel à la personne qui exerce une activité ou poursuit une formation professionnelle rémunérée, à temps partiel. Son montant est fonction de la quotité de l'activité exercée ou de la formation suivie. Les quotités minimale et maximale de l'activité ou de la formation sont définies par décret.
Les modalités selon lesquelles ce complément à taux partiel est attribué aux personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'aux élus locaux sont adaptées par décret.	Le complément à taux partiel est attribué au travailleur non salarié, en fonction de la quotité d'activité déclarée sur l'honneur dès lors que cette activité ne lui procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel excédant des montants définis par décret. Le complément à taux partiel peut également être attribué lorsque la rémunération ou le revenu perçus sont supérieurs à ces montants, dès lors qu'ils sont proportionnels à la réduction de l'activité déclarée. Les modalités selon lesquelles ce complément à taux partiel est attribué aux ~~personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'aux~~ élus locaux sont adaptées par décret.
Ce complément à taux partiel est attribué au même taux pendant une durée minimale déterminée par décret. Il ne peut y avoir révision de ce taux au cours de cette durée qu'en cas de cessation de l'activité ou de la formation.	Ce complément à taux partiel est attribué au même taux pendant une durée minimale déterminée par décret. Il ne peut y avoir révision de ce taux au cours de cette durée qu'en cas de cessation de l'activité ou de la formation.
[…..]	[…..]
VII. - Le montant du complément de libre choix d'activité est majoré lorsque la personne y ouvrant droit ne bénéficie pas de l'allocation de base mentionnée au 2° de l'article L. 531-1.	~~VII. - Le montant du complément de libre choix d'activité est majoré lorsque la personne y ouvrant droit ne bénéficie pas de l'allocation de base mentionnée au 2° de l'article L. 531-1.~~

ARTICLE 58

PLAFONNEMENT DU COMPLEMENT LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE (CMG), DIT « CMG STRUCTURE »ET SUPPRESSION DE LA CONDITION D'UN REVENU MINIMAL D'ACTIVITE POUR LE CMG

I. Présentation de la mesure

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

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est l'une des quatre prestations de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Il est versé aux personnes qui font garder leur(s) enfant(s) de moins de 6 ans par un assistant maternel, une garde à domicile ou une micro-crèche. Il comprend une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant et une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales qui y sont liées.

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est versé aux parents d'un ou de plusieurs enfants de moins de six ans qui emploient une assistante maternelle agréée ou une garde à domicile (CMG « direct ») ou qui font garder leur enfant par le biais d'une entreprise mandataire ou au sein d'une micro-crèche (CMG « structure »).

Actuellement, pour en bénéficier, le(s) parent(s) doivent disposer d'un minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle (en vertu des articles L 531-5 et R. 531-5 du code de la sécurité sociale). Concrètement cette condition est vérifiée :

- pour les salariés, par la perception d'un revenu net mensuel égal ou supérieur à 399 euros pour une personne seule et 798 euros pour une personne en couple,
- pour les non-salariés, par le respect des règles d'affiliation en matière d'assurance vieillesse.

Cette condition est vérifiée une fois par période de 12 mois, au moment de l'ouverture du droit ou du renouvellement, sur un seul mois et de manière purement déclarative.

Cette condition ne s'applique pas :

- aux étudiants ;
- aux bénéficiaires de l'AAH et de l'allocation temporaire d'attente ;
- aux bénéficiaires du RSA inscrits dans une démarche d'insertion.

Malgré le faible montant du revenu minimum exigé, certains demandeurs sont écartés du bénéfice du CMG alors que leur situation financière ou familiale ne le justifie pas.

Par exemple, un couple d'étudiants peut bénéficier du CMG en application de la dérogation prévue. n revanche, un couple d'étudiants dont l'un des membres exerce une activité salariée aussi réduite soit elle qui l'empêche de bénéficier du statut d'étudiant, ne pourra pas bénéficier de la dérogation prévue et sera exclu du bénéfice du CMG si ses revenus sont inférieurs au montant minimum prévu, ce qui peut être fréquent dans le cas d'une activité exercée en marge d'études. Dans ces deux situations, pour autant, le besoin de garde d'enfant est réel.

La CNAF a recensé depuis le début de l'année 2013, 8 306 refus d'ouverture de droit au regard de cette condition (pour revenus insuffisants ou pour "revenus non fournis"). La majorité (6 156 refus) concernait une demande de CMG structure.

Dans un objectif de simplification, et afin notamment de soutenir le retour à l'emploi des parents, même pour une activité réduite, il semble pertinent de supprimer la condition de revenu minimum tiré d'une activité professionnelle pour ne conserver que la seule condition d'une activité professionnelle.

Depuis sa création en 2004, la prestation existe sous deux formes : un CMG « direct » (la personne gardant l'enfant est directement employée par le(s) parent(s)) et un CMG « structure »[45].

Le CMG structure est versé aux familles qui recourent à une association ou à une entreprise qui emploie une garde à domicile ou une assistante maternelle, ou lorsque la famille a recourt à une micro-crèche au moins 16 heures par mois. [46].

Les micro-crèches ont le choix d'opter pour un financement par la prestation de service unique (PSU) comme les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE), ou pour un financement par le CMG structure (63% des 347 micro-crèches recensées par la Cnaf en 2011).
Le nombre de bénéficiaires du CMG structure a beaucoup augmenté depuis sa création pour atteindre 34 900 en 2012.

Alors qu'il existe un plafond relatif à la rémunération des assistantes maternelles prises en charge par le CMG « emploi direct », il n'existe aucune limitation du tarif facturé par les structures aux familles. Ainsi, les structures auraient, d'une part, tendance à optimiser le prix de l'heure de garde facturée en fonction du montant du CMG auquel les parents ont droit. D'autre part, le reste à charge pourrait constituer un facteur d'exclusion des familles modestes de cette offre de garde.

Bien que la connaissance de ce nouveau secteur d'activité économique soit encore limitée, il a été constaté que les tarifs horaires pouvaient varier de moins de 4 euros à plus de 44 euros selon les structures[47], De plus, divers frais annexes sont facturés aux familles (frais d'entretien notamment).

D'après une enquête réalisée par la CNAF auprès de 16 caisses d'allocations familiales, le reste à charge moyen des familles ayant recours à une micro-crèche financée par le CMG structure est près de deux fois plus élevée que pour une micro-crèche financée par la prestation de service unique (reste à charge de 2,60€ par heure contre 1,27€).

Les services de garde à domicile prestataires, pour lesquels les éléments de comparaison sont plus limités, semblent pratiquer des tarifs horaires plus homogènes mais néanmoins très élevés : de 18 à 23 euros (reste à charge mensuel pour une garde à temps plein : entre 1 647 et 2 141 euros).

La nécessité d'un encadrement des tarifs pratiqués par ces structures a été mise en avant dans plusieurs rapports (note du Centre d'analyse stratégique de janvier 2012, rapports de la Cour des comptes…). Un encadrement permettrait, en effet, d'une part d'assurer une cohérence par rapport aux assistants maternels employés directement par le parent pour qui le niveau de rémunération est plafonné et, d'autre part, de réguler les pratiques tarifaires de certaines structures qui factureraient leurs services de manière excessive.

Pour autant, compte tenu de l'état des données disponibles, il est envisagé de procéder par étapes, la première consistant à plafonner les tarifs horaires dans le secteur des micro-crèches.

En encadrant la tarification applicable, la mesure doit rendre accessible cette partie de l'offre de garde à un plus grand nombre de familles et ainsi favoriser la mixité des publics accueillis.

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

Mesures proposées :

Condition d'activité

La mesure consiste à supprimer la condition d'un revenu minimum d'activité en modifiant l'article L. 531-5 CSS. La condition d'activité est aujourd'hui définie en termes de revenus. La mesure consisterait donc à inscrire la condition d'une activité, mais sans référence à un revenu.

- **CMG structure**

La mesure consiste à inscrire au niveau de la loi le principe selon lequel le versement du CMG est subordonné au respect d'un plafond tarifaire par la micro-crèche.

Mais la mesure ne doit pas conduire à mettre en difficulté économique ces structures qui participent au développement de l'offre d'accueil. Ces structures répondent en effet à des besoins de garde à temps plein pour certaines familles et à un service complémentaire à un autre mode de garde pour

45 Art. L531-6 du code de la sécurité sociale
46 Art. D531-23 du code de la sécurité sociale
47 Source : requête Cristal lancée en août 2012 par la Cnaf, auprès de 16 CAF concernant 468 micro-crèches et 4 403 enfants.

d'autres. Par ailleurs, ces structures sont soumises à des contraintes économiques différentes puisque le prix de revient horaire moyen d'une micro-crèche est supérieur à celui d'une crèche collective classique (environ 8,30€ contre 7,90€ pour une crèche collective classique)[48].

Ainsi le plafond doit donc avoir pour seul objectif de limiter les abus et d'inciter les structures à réviser leur modèle économique dans une logique de plus grande efficience, sans imposer une norme trop stricte susceptible de déstabiliser un grand nombre de structures.

Ce montant pourrait être plafonné dans une fourchette comprise entre **8 € et 12 €,** en vue de limiter les reste-à-charge excessifs supportés par certaines familles fréquentant une micro-crèche PAJE.

D'après une enquête réalisée par la CNAF auprès de 16 CAF, les 468 micro-crèches qui accueillent actuellement 4 403 enfants (ce qui représente la moitié de l'effectif total au niveau national des enfants accueillis en micro crèche financés par le CMG) pratiquent pour 95% d'entre elles un tarif horaire moyen inférieur à 12 €. Ainsi en fixant le tarif horaire maximum à 12 €, seulement 5% des micro-crèches seraient contraintes de modifier leur tarification.

En plafonnant ce tarif horaire à 9 €, 85 % des micro-crèches enquêtées ne seraient pas concernées par cette mesure car pratiquant déjà un tarif horaire moyen inférieur à ce montant. En revanche, 15 % des micro-crèches seraient contraintes de revoir leur modèle économique.

Si le tarif horaire maximum était fixé à 8 €, ce serait 36 % des micro-crèches qui seraient impactées par la nécessité de revoir leur tarif horaire à la baisse.

Afin d'éviter que le montant plafond retenu ne devienne un montant de référence et entraîne une augmentation généralisée des tarifs pratiqués, après une première évaluation de l'impact de la mesure, il pourra être envisagé le cas échéant d'ajuster ce tarif plafond à la baisse.

Autres options possibles

Néant.

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

Ces mesures, qui nécessitent la modification d'articles du code de la sécurité sociale, ont un impact direct sur les dépenses de la branche famille et relève de ce fait de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article LO 111-3 du même code.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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.

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

48 Source : L'essentiel n° 132 - fév. 2013.

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

Il est nécessaire de modifier l'article L 531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure conduit à modifier l'article R. 531-5 du code de la sécurité sociale.

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**

❖ **Condition d'activité**

Sur les 6 premiers mois de l'année, 4 022 allocataires se sont vu refuser un CMG pour motif de revenus insuffisants (3 180 pour un CMG structure, 842 pour un CMG emploi direct). Parmi eux, certains ne respectaient peut-être pas non plus la condition d'activité. Une estimation prudente des allocataires concernés par la suppression de la condition minimale de revenus prendrait donc en compte l'ensemble de ces cas. Par ailleurs, 4 284 autres allocataires se sont vu refuser un CMG pour motif de revenus inconnus (3 180 pour un CMG structure, 842 pour un CMG emploi direct). Parmi eux, certains ont peut-être renoncé à communiquer leurs revenus les sachant inférieurs à la condition minimale. Une estimation large retiendrait, en plus des premiers cas, une part de ces cas de refus.

Une hypothèse basse (bien que prudente) du nombre de familles concernées par la mesure serait de 8 040 en année pleine (seuls CMG refusés pour motif de revenus insuffisants). Une hypothèse haute de ce nombre serait de 10 190 en année pleine (100% des CMG refusés pour motif de revenus insuffisants et 25% des CMG refusés pour motif de revenus inconnus). Par ailleurs, l'effet d'appel (i.e. que des personnes en activités, en-dessous de la condition de revenus financiers, ne déposent pas de demande aujourd'hui, mais auraient droit au CMG dans le nouveau dispositif) devrait être très faible.

Le coût moyen annuel 2012 d'un CMG (à la fois la prise en charge de la rémunération versée et des cotisations) est d'environ 6 770€ pour la branche en cas d'emploi direct, d'environ 4 746€ en cas de recours à une structure. Or le public visé par la mesure de simplification se singularise par des ressources très faibles par rapport à la population bénéficiaire actuelle. L'hypothèse retenue de coût moyen annuel pour ces nouveaux bénéficiaires correspond à la moitié de coût (qui implique déjà pour les bénéficiaires un reste à charge minimal annuel d'environ 285€ pour un emploi direct, de 355€ pour un emploi via une structure).

Le coût de la mesure en année pleine peut ainsi être estimé entre 21 M€ (hypothèse basse) et 27 M€ (hypothèse haute). Avec une application au 1er juillet 2014 sur le seul flux des nouvelles demandes de CMG, l'impact financier ne serait total qu'en 2016. La mesure coûterait ainsi de l'ordre de 25 M€ à l'horizon 2017. Ce chiffrage retient que la condition d'activité ouvrant droit au CMG est maintenue.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*			
	2014 P ou R	*2015*	*2016*	*2017*
Branche Famille – hypothèse basse	- 2	- 14	- 21	- 21
Branche Famille – hypothèse haute	- 3	-18	-27	-27

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

- **CMG structure**

D'après l'échantillon étudié par la CNAF, 36% des structures accueillant 42% des enfants pour lesquels le CMG structure est versé pratiquent un tarif horaire moyen supérieur à 8 €.

15 % des structures enquêtées regroupant 17% des enfants pratiquent un tarif horaire moyen supérieur à 9 €.

5% des structures pratiquant un tarif horaire moyen supérieur à 12 euros) accueillent 4% des enfants pour lesquels le CMG structure est versé.

Si malgré le plafonnement prévu par la mesure, les micro-crèches maintiennent des tarifs plus élevés, les familles fréquentant ces établissements ne bénéficieront plus du CMG structure.

A titre d'illustration, en cas de fixation du montant horaire plafond à 12 €, pour la branche famille, la dépense au titre du CMG structure serait réduite de 1,5 M€ :

(4 109 €[49] × 4 % × 8 800[50] = 1,5 M€).

Cette économie, qui est un majorant, ne prend pas en compte le possible changement de comportement des familles qui seront susceptibles de se tourner vers d'autres solutions d'accueil leur ouvrant droit au CMG. C'est un minorant dans la mesure où il s'agit d'un plafonnement relativement élevé.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2013 (rectificatif)	*2014 P ou R*	*2015*	*2016*	*2017*
		+1,5	+1,5	+1,5	+ 1,5

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

A l'inverse, il est également possible que le plafonnement du tarif horaire puis engendrer un plus large recours aux micro-crèches.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

La mesure contribue à solvabiliser les familles ayant recours aux services de garde d'enfant et participe de la régulation du secteur des micro-crèches.

b) impacts sociaux

La mesure présente un véritable intérêt social : en permettant aux personnes travaillant à temps très partiel d'avoir accès au dispositif, elle permet de lever ainsi tout frein à la reprise d'une activité professionnelle, aussi faible soit-elle.

La mesure doit contribuer à une mixité des publics au sein des micro-crèches.

c) impacts sur l'environnement

Aucun

49 Coût moyen annuel de CMG structure par enfant (Source : Cnaf - Statistiques nationales 2012)

[50] Soit le total des enfants en « micro-crèche CMG ».

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

Cette réforme, en supprimant la condition de revenu minimum pour le bénéfice du CMG aux parents qui font garder leurs jeunes enfants, contribuera à soutenir le retour ou le maintien dans l'emploi des parents, même pour une activité réduite.

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

a) impact sur les personnes physiques

Davantage de personnes pourront avoir accès au dispositif du CMG et la mesure doit contribuer à faire converger les tarifs facturés aux familles et à lisser les écarts de reste à charge.

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

La mesure est gérée par les CAF et les caisses locales de la MSA ;

Cette mesure en allégeant la condition d'ouverture du droit présente un intérêt réel en termes d'allègement de la charge en instruction de dossiers ainsi qu'en diminution des contentieux en contestation de droits.

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

La mesure suppose une évolution du système d'information pour intégrer cette nouvelle donnée et donc une nouvelle charge administrative.

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles

e) impact sur l'emploi

Le CMG permet l'emploi déclaré de 400 000 assistantes maternelles et le développement de structures innovantes telles que les micro-crèches.

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

Une modification de l'article R. 531-5 du code de la sécurité sociale

Des décrets d'application définissant les modalités et le niveau du plafonnement.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

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

Immédiat

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

- 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 ?

Il existe un indicateur dans le PQE famille, le sous-indicateur 9-2 "Coût des différents modes de garde "formels" "au niveau macro-économique, qui retrace la part des dépenses de prestations, selon l'âge de l'enfant, en distinguant le CMG assistante maternelle, le CMG garde à domicile et le CMG structure. Mais la mesure ne devrait pas avoir d'impact significatif sur ce sous-indicateur.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Il sera nécessaire que la Cnaf réalise une nouvelle enquête sur les micro-crèches postérieurement à l'entrée en vigueur du tarif plafond afin de suivre l'évolution des les tarifs horaires de ces structures, leur dispersion et les restes à charge supportés par les familles.

Annexe : version consolidée des articles modifiés*

Article L531-5 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L531-5 *modifié* du code de la sécurité sociale**
I. - Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.	I. - Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.
Ce complément comprend :	Ce complément comprend :
a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;	a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;
b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.	b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.
Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule dispose d'un minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle. Le montant de ce revenu diffère selon que la charge des enfants est assumée par un couple ou par une personne seule. Un décret précise les conditions dans lesquelles ces modalités sont adaptées aux non-salariés.	Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule ~~dispose d'un minimum de revenus tirés d'~~ **exerce** une activité professionnelle. ~~Le montant de ce revenu diffère selon que la charge des enfants est assumée par un couple ou par une personne seule. Un décret précise les conditions dans lesquelles ces modalités sont adaptées aux non-salariés.~~
Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.	Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.
La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :	La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :
-lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;	-lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;
-lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;	-lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;
-aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat.	-aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Article L531-6 *actuel* du code de la sécurité sociale	Article L531-6 *modifié* du code de la sécurité sociale
Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde.	Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde.
Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :	Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :
1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;	1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;
2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2.	2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2.
Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits.	Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits.
L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret.	L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret.
L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales.	L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales.
Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret.	Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret, **sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximum fixé par décret.**

ARTICLE 59

DEFINITION DES PARAMETRES DE CALCUL DE L'ALLOCATION DE LOGEMENT FAMILIALE (ALF) POUR 2014

I. Présentation de la mesure

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

L'allocation de logement familiale (ALF) a bénéficié en 2012 à 1,3 million de personnes et est intégralement financée par la branche famille de la sécurité sociale (Fonds national des prestations familiales).

Les dépenses d'aides personnelles au logement connaissent une forte dynamique, notamment liée aux actualisations automatiques de barème. En application de l'article 26 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable, celles-ci sont revalorisées chaque année en fonction de l'indice de revalorisation des loyers (IRL).

L'augmentation de la dépense d'allocation de logement familiale est estimée à 3,9 % en 2013 (par rapport à 2012) et à 3,5 % en 2014 contre seulement 1,6 % en 2011 et de 0,8 % en 2012. La nécessité de réduire les dépenses publiques conduit à prendre des mesures visant à atténuer les augmentations mécaniques de dépenses publiques, lorsque celles-ci sont conséquentes, comme c'est le cas pour les aides personnelles au logement.

La revalorisation annuelle des paramètres de calcul des allocations de logement en fonction de l'IRL étant prévue par la loi, une disposition législative est nécessaire pour y déroger.

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

Mesure proposée :

La mesure proposée consiste à geler les paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale au niveau atteint en 2013.

Une mesure analogue est prévue par le projet de loi de finances pour l'allocation de logement sociale (ALS) et l'aide personnalisée au logement (APL).

Autres options possibles :

a) appliquer normalement la revalorisation prévue par la loi DALO : cette option n'a pu être retenue en raison de la nécessité de réduire l'accroissement naturel des dépenses publiques et sociales ;

b) appliquer un niveau dérogatoire de revalorisation plutôt qu'un gel total : cette option n'a pas semblé opportune dans la mesure où l'hypothèse actuelle de revalorisation de l'IRL est établie à 1,13 % et celle de l'inflation à 1,3 % ; compte tenu de ces prévisions, la seule mesure susceptible d'avoir un effet sur les finances publiques et sociales est celle du gel qui, du fait de ce faible niveau d'inflation, ne devrait pas susciter d'impact social conséquent pour les allocataires.

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

Cette mesure ayant un impact financier permanent pour l'État et la branche famille de la sécurité sociale, entre dans le cadre du 2° 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, 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 2014.

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) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

S'agissant d'une disposition n'édictant pas une règle permanente mais exceptionnelle, celle-ci n'a pas à être codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

néant.

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

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, 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

Sur la base d'un IRL à 1,13 %, la revalorisation des barèmes des trois aides au logement (APL, ALS, ALF) pour 2014 représenterait un coût de 177 millions d'euros (en année pleine hors frais de gestion). L'ALF représente 25 % du total des dépenses d'aides personnelles au logement et est entièrement financée par la branche famille.

Ainsi, le gel du barème représente en 2014 une économie de 46 M€ sur la dépense d'ALF et de 37M€ au titre de la contribution de la branche famille au FNAL pour les APL versées aux familles (mesure législative prévue dans le PLF).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
ALF		+46	+47	+48	+49
Dotation au FNAL		+37	+38	+39	+40
Branche famille		+ 83	+85	+87	+89

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

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

a) impacts économiques

Compte tenu de l'évolution limitée de l'IRL et de l'encadrement de l'évolution des loyers à la relocation, l'effet sur le taux d'effort des ménages devrait être limité.

b) impacts sociaux

Dans la mesure où l'évolution des prix devrait être faible en 2014, l'impact social sur les allocataires devrait être faible.

c) impacts sur l'environnement

néant

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

néant

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

a) impact sur les personnes physiques

La dépense de logement des allocataires concernés devrait être légèrement supérieure.

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

La mesure de gel n'aura pas d'impact sur les caisses de sécurité sociale puisqu'elles devront en 2014 maintenir les paramètres de calcul actuels.

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

néant.

d) impact budgétaire

néant

e) impact sur l'emploi

néant

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

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

néant

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**

Les allocataires seront informés au moment du renouvellement de leur droit (au 1er janvier).

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 n'est pas couverte par un PQE. Elle a un impact sur l'indicateur relatif à l'évolution du nombre de bénéficiaires et des montants versés au titre des trois aides personnelles au logement et sur les indicateurs afférents à l'objectif d'aide aux familles vulnérables.

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Nouvel article
	Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 542-5 et au dernier alinéa de l'article L. 755-21 du code de la sécurité sociale, les paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale ne sont pas révisés pour l'année 2014.

ARTICLE 62

FIXATION DU TRANSFERT DU FONDS DE SOLIDARITE VIEILLESSE AU TITRE DU FINANCEMENT DU MINIMUM CONTRIBUTIF POUR 2014

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 des exercices 2012 et 2013, 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.

Afin de financer ces charges, de nouvelles recettes avaient été affectées au fonds en 2011 et 2012.

En application de l'article L. 135-2 précité, il revient au législateur de fixer dans la LFSS pour 2014 la contribution du FSV au financement du minimum contributif pour l'année 2014.

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 2014 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.

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. 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

Non

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, La Réunion)	Oui Sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer -Saint-Pierre et Miquelon -Saint-Martin et Saint Barthélémy	 Non Oui

-autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	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 2013 (3,9 Md€) et celui proposé pour 2014 (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 ou R*	*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.

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

Sans objet

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

a) impact sur les 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 63

RECOUVREMENT DES DETTES ET DES CREANCES EUROPEENNES ET INTERNATIONALES (TRANSFERT DU CLEISS A LA CNAMTS)

I. Présentation de la mesure

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

Afin d'accompagner l'exercice du droit à la libre circulation, les règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale ont mis en place des mécanismes au sein de l'Union Européenne permettant notamment la prise en charge des soins de santé par l'Etat de séjour temporaire ou de résidence d'une personne comme s'il s'agissait de son propre assuré, alors même que l'intéressé est affilié en assurance maladie dans un autre Etat membre.

L'Etat de séjour prend en charge les dépenses occasionnées, qui lui sont remboursées ultérieurement par l'Etat membre d'origine.

Des dispositifs reposant sur des procédures similaires ont été mis en place avec des Etats non membres de l'Union Européenne et de l'Espace Economique Européen, la Suisse sur le fondement de conventions bilatérales, ainsi qu'avec les territoires d'outre-mer (collectivités d'outre-mer) disposant d'une autonomie en matière d'assurance maladie.

Ces prises en charge croisées créent des créances et des dettes réciproques entre les Etats dont les montants s'accroissent régulièrement au fil des années. Ainsi, en 2007, le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS), chargé de gérer les créances et dettes internationales de sécurité sociale, présentait à des organismes étrangers une créance de 360 M€ et se voyait notifier 300 M€ de dettes françaises dans la même année. En 2012, le CLEISS a présenté 1,5 Md€ de créances à des institutions étrangères et s'est vu notifier près de 690 M€ de dettes françaises pour la même année.

Le CLEISS, établissement public administratif, est investi de la mission de gestion des créances et des dettes internationales de sécurité sociale depuis 1958.

Si le recours à un organisme intermédiaire pour gérer les dettes et créances internationales des organismes pouvait être possible par le passé compte-tenu des volumes financiers plus limités, il s'avère aujourd'hui moins adapté au regard des volumes en croissance constante et ne permet pas un traitement "industriel" accompagné d'un contrôle plus approfondi des dettes et des créances. Il en résulte par ailleurs une faible performance de gestion, qui se traduit en particulier par des délais longs de traitement et un manque de fiabilité des données comptables. La sincérité de l'ONDAM, s'agissant du sixième sous-objectif, est affectée, du fait du rattachement aléatoire des dépenses des assurés des régimes français à l'étranger à l'exercice concerné.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire d'intégrer au sein d'un seul et même circuit le traitement des flux financiers liés aux soins de santé prodigués à l'étranger, déjà en partie traités par la CNAMTS, afin de pouvoir développer une véritable culture de gestion et de maîtrise du risque, permettant d'une part une meilleure connaissance des parcours de soins transfrontaliers et d'autre part de mieux détecter les fraudes et les abus pour un même individu.

C'est pourquoi il est proposé de transférer le traitement des dettes et créances internationales d'assurance maladie du CLEISS vers la CNAMTS.

Cette mesure s'appuie sur l'analyse et les recommandations de la Cour des Comptes en 2010 puis de l'IGAS et l'IGF en 2012.

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

Mesure proposée :

Il est proposé une gestion directe par la CNAMTS de ses créances et, pour le compte des autres régimes gérant un risque d'assurance maladie (MSA,RSI), des dettes de l'assurance maladie.

La mise en responsabilité directe du principal organisme concerné doit permettre une meilleure performance d'ensemble du traitement des dettes et créances internationales.

Cette nouvelle mission confiée à la CNAMTS.

Autres options possibles :

Néant

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

Cette mesure modifie les modalités de recouvrement des créances des régimes d'assurance maladie français vis-à-vis des institutions d'assurance maladie d'autres Etats membres ou non de l'Union européenne. Elle est également de nature à améliorer les recettes des régimes obligatoires de base et à générer une économie de 3 M€ au titre des frais de gestion . Elle prend place à ce titre dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale (art. LO.111-3, V, B, 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, le conseil de la CNAMTS et 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 2014.

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 dans des articles du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

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

La mesure a des impacts sur la gestion des créances et des dettes d'assurance maladie pour les collectivités d'outre-mer et certains Etats ayant conclu des conventions bilatérales.

Elle nécessitera de modifier par avenant ou échange de lettres les accords bilatéraux conclus avec les COM qui citent expressément le CLEISS comme organisme de liaison pour la gestion des créances et des dettes d'assurance maladie (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie).

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 Non Oui sauf Wallis et Futuna et TAAF

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La responsabilisation directe de la CNAMTS et l'intégration de la gestion des créances et des dettes internationales en matière d'assurance maladie dans les processus appliqués à la prise en charge des soins habituelle devrait améliorer leur traitement, notamment grâce aux outils informatiques et de contrôle interne. Ce faisant, les demandes de remboursement des créances sur les institutions des autres Etats devraient être fiabilisées et le montant des créances contesté abaissé (21 M€ en 2012). L'absence d'opérateur intermédiaire permettra de réduire les délais d'examen des demandes de remboursement des autres Etats et de présentation des créances françaises, diminuant ainsi les risques de prescription de ces créances.

La prise en charge par la CNAMTS de la gestion des créances et dettes internationales contribuera à fiabiliser les comptes de la branche maladie, en permettant une meilleure évaluation des consommations de soins pris en charge et des provisions pour charges de remboursement de soins à l'étranger, sujet qui a justifié une réserve de la Cour des comptes à l'occasion de la certification des comptes de l'exercice 2012 de la branche maladie. Elle permettra d'améliorer la sincérité de l'ONDAM, s'agissant des dépenses des assurés des régimes français à l'étranger.

Une économie en frais de gestion évaluée à près de 3 M € est attendue.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2013 (rectificatif)	2014 *P ou R*	2015	2016	2017
			+ 3		

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

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

a) impacts économiques

En centralisant la gestion des créances d'assurance maladie auprès du principal organisme créancier, cette mesure améliorera les modalités de recouvrement des créances vis-à-vis des autres Etats, en particulier en réduisant les délais de traitement et en générant à moyen terme des économies de gestion de ce recouvrement.

b) impacts sociaux

La mesure n'emporte pas d'impact social.

c) impacts sur l'environnement

La mesure n'emporte pas d'impact sur l'environnement.

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

La mesure n'emporte pas de conséquence sur ce plan.

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

a) impact sur les personnes physiques

Néant.

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

La mesure a pour effet de transférer la mission de gestion des créances et des dettes entre Etats du CLEISS à la CNAMTS. La CNAMTS devient ainsi compétente pour l'ensemble des tâches relatives à la gestion des créances au titre de la prise en charge des soins réalisés en France par des ressortissants d'autres Etats et à la gestion des dettes résultant de la prise en charge des soins effectués à l'étranger par les personnes relevant du régime d'assurance maladie français.

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

La mise en œuvre de la mesure nécessitera des adaptations du système informatique de la CNAMTS, certaines ayant déjà été programmées dans son schéma directeur informatique. Les circuits de traitement des créances (qui proviennent toutes du régime général) seront adaptés. La CNAMTS devra prendre en charge le traitement des dettes (relations avec les organismes de liaison étrangers, vérification des factures et relations avec les autres régimes maladie couvrant les assurés concernés).

d) impact budgétaire

Les conséquences budgétaires de la mesure seront traitées dans le cadre de négociation de la COG entre l'Etat et la CNAMTS 2014-2017 et de la prochaine COG du CLEISS.

e) impact sur l'emploi

La mesure envisagée entraînera un reclassement d'une partie du personnel du personnel du CLEISS affecté à la mission transférée (40 ETP). La mission de préfiguration examinera les options de réaffectation possibles pour ce personnel.

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 réglementaires applicables au CLEISS doivent être actualisées.

2. Existence de mesures transitoires ?

Il n'est pas prévu à ce stade de mesures transitoires.

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

Il est prévu un délai d'un an pour déterminer et mettre en œuvre les mesures de réorganisation et d'accompagnement qu'implique le transfert de mission envisagé. Toutefois en fonction du délai d'avancement des travaux devant être conduits par la mission de préfiguration, la date du transfert pourrait le cas échéant être avancée.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure n'a pas de conséquence sur les assurés ou cotisants.

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 ?

Outre le suivi des montants (flux et stocks) des créances et des dettes, de leur évolution ainsi que des actions de contrôle et des litiges résolus, il pourrait être intégré dans la prochaine COG entre l'Etat et la CNAMTS 2014-2017 des indicateurs permettant de mesurer la performance de la CNAMTS dans le traitement des créances et des dettes internationales en matière d'assurance maladie, notamment en matière de délai de traitement des créances et dettes présentées, de taux de factures contrôlées et du taux de règlement des litiges.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 221-1 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 221-1 *modifié* du code de la sécurité sociale**
La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :	La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :
1°) d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ;	1°) d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ;
2° de définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;	2° de définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;
3°) de promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes prioritaires nationaux définis en application de l'article L. 1417-1 du code de la santé publique, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ;	3°) de promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes prioritaires nationaux définis en application de l'article L. 1417-1 du code de la santé publique, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ;
4°) d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ;	4°) d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ;
5°) d'organiser et de diriger le contrôle médical ;	5°) d'organiser et de diriger le contrôle médical ;
6°) d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;	6°) d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;
7°) de mettre en œuvre les actions conventionnelles ;	7°) de mettre en œuvre les actions conventionnelles ;
8°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations	8°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations

desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat. La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie.	desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat. **9° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale.** La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie.
Article L. 767-1 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 767-1 *modifié* du code de la sécurité sociale**
Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est un établissement public national à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, qui assure notamment le rôle d'organisme de liaison entre les institutions de sécurité sociale françaises et les institutions de sécurité sociale étrangères pour l'application des règlements de la Communauté européenne et des accords internationaux de sécurité sociale. Le centre assure également ce rôle à l'égard des institutions des territoires et collectivités territoriales françaises ayant une autonomie en matière de sécurité sociale. Les missions du centre sont définies par décret en Conseil d'Etat. Pour l'exercice de ces missions, le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale peut employer des agents non titulaires avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Ce centre peut également recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale. Sont préservés les droits à titularisation des agents acquis au titre de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires	Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est un établissement public national à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, qui assure notamment le rôle d'organisme de liaison entre les institutions de sécurité sociale françaises et les institutions de sécurité sociale étrangères pour l'application des règlements de la Communauté européenne et des accords internationaux de sécurité sociale **sous réserve des dispositions prévues au 9° de l'article L. 221-1**. Le centre assure également ce rôle à l'égard des institutions des territoires et collectivités territoriales françaises ayant une autonomie en matière de sécurité sociale. Les missions du centre sont définies par décret en Conseil d'Etat. Pour l'exercice de ces missions, le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale peut employer des agents non titulaires avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Ce centre peut également recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale. Sont préservés les droits à titularisation des agents acquis au titre de la loi n° 84-16 du

relatives à la fonction publique de l'Etat et de la loi n° 2001-2 du 3 janvier 2001 relative à la résorption de l'emploi précaire et à la modernisation du recrutement dans la fonction publique ainsi qu'au temps de travail dans la fonction publique territoriale. Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est notamment financé par des contributions des régimes de sécurité sociale, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat et de la loi n° 2001-2 du 3 janvier 2001 relative à la résorption de l'emploi précaire et à la modernisation du recrutement dans la fonction publique ainsi qu'au temps de travail dans la fonction publique territoriale. Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est notamment financé par des contributions des régimes de sécurité sociale, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

ARTICLE 64

UNIFICATION DE LA GESTION DES PRESTATIONS DES BRANCHES MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL DES EXPLOITANTS AGRICOLES

I. Présentation de la mesure

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

Contrairement aux autres branches du régime agricole, les prestations des branches maladie (AMEXA) et accidents du travail (ATEXA) des personnes non salariées agricoles peuvent être versées soit par la mutualité sociale agricole, soit par des assureurs privés. Ces assureurs privés sont regroupés au sein du GAMEX, pour ce qui concerne l'assurance maladie, et de l'AAA, pour la couverture accidents du travail. Ces deux groupements ont par ailleurs délégué leur gestion à une association, APRIA-RSA (qui intervient également dans la gestion de l'assurance maladie de travailleurs indépendants relevant du RSI).

Cette pluralité d'assureurs résulte de facteurs historiques : en effet, lors de la création d'un régime d'assurance maladie obligatoire par la loi du 25 janvier 1961 et d'un régime accidents du travail et maladie professionnelle par la loi du 30 novembre 2001, les exploitants agricoles s'étaient vu ouvrir un droit d'option entre une gestion par les caisses de la MSA et une gestion par les assureurs privés, qui assuraient la couverture de ces risques avant la création de ces régimes obligatoires.

Elle présente toutefois de multiples inconvénients, qui avaient été notamment relevés par la Cour des comptes (RALFSS 2007). La Cour avait notamment estimé que cette organisation reposant sur une pluralité de gestionnaires était source d'inefficience en matière de gestion Une mission conjointe récente de l'IGAS et l'IGF, conduite dans le cadre de la modernisation de l'action publique, a confirmé ce constat et préconise de recentrer vers la seule MSA la gestion des prestations de ces deux branches de sécurité sociale du régime agricole.

Pour les assurés, la fragmentation liée à la pluralité d'assureurs est source de complexité et rend plus difficile l'exercice de leurs droits sociaux. De fait, la part des assureurs privés dans la gestion des régimes décroît continument : la population couverte par la GAMEX a décru de 30% entre 2004 et 2012 et ne représente plus que 7 % des actifs ; s'agissant de la couverture ATMP, l'AAA protège 290 000 personnes, soit la moitié des ressortissants du régime en 2012, alors que lors de la mise en place du régime, les assureurs étaient en position de quasi-monopole.

La pluralité d'assureurs démultiplie les coûts de fonctionnement, ce qui pèse sur les charges du régime, confronté par ailleurs à une décroissance de ses effectifs : le surcoût sur les frais de gestion est ainsi estimé à 23 M€ par an. En dépit des financements qu'ils perçoivent du régime pour couvrir leurs frais, les assureurs privés rencontrent des difficultés importantes à équilibrer leur gestion et connaissent, de façon récurrente, des déficits de gestion.

A l'inverse, la reprise de cette activité par les caisses de la MSA constituerait une charge marginale qui ne nécessiterait pas de moyens supplémentaires.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de confier la gestion des branches AMEXA et ATEXA à la seule MSA et, conséquemment, de mettre fin à la pluralité des gestionnaires de ces deux branches d'ici la fin 2014.

Autres options possibles :

Le maintien de la pluralité de gestionnaires maintiendrait une situation non satisfaisante tant sur le plan des coûts de fonctionnement du régime que sur celui de qualité de service.

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

La mesure confie à la seule MSA la gestion des branches AMEXA et ATEXA et met fin à la pluralité d'assureurs dans ce domaine. Cette mesure relève du D. 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 ?

Non

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

Oui

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie des dispositions du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les articles du code rural et de la pêche maritime devenus obsolètes en raison de la fin de la pluralité d'assureurs sont abrogés.

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

La mesure a vocation à s'appliquer aux départements 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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

La MSA reprendra l'activité du GAMEX et de l'AAEXA à coût nul. A terme, les frais de gestion du régime des personnes non salariées agricoles seront diminués de 22,8 M€ par an (14,2 M€ pour la branche AMEXA et 8,6 M€ pour la branche ATEXA).

La première année, l'économie est plus limitée car la mesure n'entre en vigueur qu'en cours d'année (chiffrage au regard de l'hypothèse d'une entrée en vigueur au 1er juillet 2014) et en raison de certains coûts de transferts.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)			
	2013 (rectificatif)	2014 *R*	2015 *P*	2016 *P*
MSA/régime des NSA/AMEXA	0	7,3	14,2	14,2
MSA/régime des NSA/ATEXA	0	4,4	8,6	8,6

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

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

a) impacts économiques

Les frais de gestion du régime des non salariés agricoles seront diminués de 22,8 M€ par an.

b) impacts sociaux

Les ressortissants actuels du GAMEX et de l'AAEXA voient leurs démarches simplifiées. Les salariés affectés à la gestion du GAMEX et de l'AAEXA seront repris par les caisses de MSA territorialement compétentes.

c) impacts sur l'environnement

Aucun impact

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

Aucun impact

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

a) impact sur les personnes physiques

Non

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

Non

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

La MSA est déjà l'opérateur majoritaire en AMEXA et gère environ la moitié des ressortissants ATEXA. L'impact de la reprise des ressortissants gérés par le GAMEX et l'AAEXA se fera à coûts constants pour la MSA.

d) impact budgétaire

L'ensemble des économies réalisées se fera au bénéfice des branches AMEXA et ATEXA. La MSA respectera son cadrage budgétaire fixé par la COG 2011-2015.

Un décret fixera les conditions et le montant d'indemnisation du GAMEX et de l'AAEXA à l'issue du phase contradictoire permettant d'apprécier la préjudice susceptible de résulter de la présente mesure.

e) impact sur l'emploi

Absence d'impact sur l'emploi.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat et un décret simple seront nécessaires pour modifier les dispositions réglementaires du code rural et de la pêche maritime impactées. Un décret simple fixera la date d'entrée en vigueur du transfert.

2. Existence de mesures transitoires ?

Selon les modalités détaillées ci-dessous

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

La MSA reprendra le portefeuille d'assurés du GAMEX et de l'AAA à compter du 1er janvier 2014. Toutefois, afin de maintenir une continuité dans le service des prestations :

- le GAMEX continuera à liquider les prestations d'assurance maladie de base jusqu'à la date qui sera fixée par décret pour le basculement, avant la fin 2014, à l'exception des indemnités journalières que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a instaurées dans le régime à compter du 1er janvier 2014 et dont le service sera exclusivement assuré par les caisses de la MSA à compter de cette date ;
- l'AAA continuera à liquider les prestations AT à cette même date.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

La MSA mènera une campagne d'information auprès des assurés du GAMEX et de l'AAA au cours du 1er semestre 2014.

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 L722-14 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.722-14 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Quiconque, à compter de la date où il remplit les conditions d'ouverture du droit aux prestations du régime institué par le présent paragraphe 2, peut, nonobstant toute clause contraire, résilier les contrats d'assurance garantissant les prestations prévues par l'article L. 732-3. Sauf accord amiable avec l'assureur, la résiliation ne peut porter que sur les parties du contrat accordant la garantie des prestations précitées. Les autres garanties doivent donner lieu à l'établissement d'un avenant. La résiliation prend effet le premier jour du mois civil suivant l'envoi d'une lettre recommandée la notifiant à l'assureur. La fraction de prime ou de cotisation correspondant aux garanties faisant l'objet de la résiliation cesse d'être due à compter de la prise d'effet de celle-ci. Si cette fraction a été perçue d'avance, elle est remboursée dans le délai d'un mois à compter de cette prise d'effet. Le montant de la taxe unique sur les conventions d'assurance afférent à la fraction de prime ou de cotisation ainsi remboursée sera reversé à l'assuré	~~Quiconque, à compter de la date où il remplit les conditions d'ouverture du droit aux prestations du régime institué par le présent paragraphe 2, peut, nonobstant toute clause contraire, résilier les contrats d'assurance garantissant les prestations prévues par l'article L. 732-3.~~ ~~Sauf accord amiable avec l'assureur, la résiliation ne peut porter que sur les parties du contrat accordant la garantie des prestations précitées. Les autres garanties doivent donner lieu à l'établissement d'un avenant.~~ ~~La résiliation prend effet le premier jour du mois civil suivant l'envoi d'une lettre recommandée la notifiant à l'assureur.~~ ~~La fraction de prime ou de cotisation correspondant aux garanties faisant l'objet de la résiliation cesse d'être due à compter de la prise d'effet de celle-ci. Si cette fraction a été perçue d'avance, elle est remboursée dans le délai d'un mois à compter de cette prise d'effet.~~ ~~Le montant de la taxe unique sur les conventions d'assurance afférent à la fraction de prime ou de cotisation ainsi remboursée sera reversé à l'assuré~~
Article L723-43 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.723-43 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les organismes visés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés à communiquer au ministère chargé de l'agriculture des informations comprenant des données à caractère personnel, à l'exception de données à caractère médical, pour les besoins de l'instruction et du contrôle des conditions d'attribution des aides économiques en faveur de l'agriculture. L'accès à ces données est réservé aux services de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes chargés du versement de ces aides dans la mesure nécessaire à l'accomplissement de leurs missions de mise en œuvre et de contrôle de ces aides, lorsque le bénéfice de celles-ci est subordonné à la régularité de la situation des entreprises agricoles et des personnes non salariées agricoles au regard des prescriptions du présent code en matière de protection sociale.	La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ~~et les organismes visés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés~~ **est autorisée** à communiquer au ministère chargé de l'agriculture des informations comprenant des données à caractère personnel, à l'exception de données à caractère médical, pour les besoins de l'instruction et du contrôle des conditions d'attribution des aides économiques en faveur de l'agriculture. L'accès à ces données est réservé aux services de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes chargés du versement de ces aides dans la mesure nécessaire à l'accomplissement de leurs missions de mise en œuvre et de contrôle de ces aides, lorsque le bénéfice de celles-ci est subordonné à la régularité de la situation des entreprises agricoles et des personnes non salariées agricoles au regard des prescriptions du présent code en matière de protection sociale.

Les caisses de mutualité sociale agricole et les organismes mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés à communiquer aux services compétents placés sous l'autorité du ministre chargé de l'agriculture les renseignements qu'ils détiennent, à l'exception des informations à caractère médical, pour les besoins desdits services en vue de la promotion de l'emploi agricole ainsi que du contrôle de l'application de la législation et de la réglementation concernant les régimes de protection sociale des salariés et des non-salariés des professions agricoles. Le contenu, l'emploi et les conditions de cette communication sont déterminés selon les modalités de l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés	Les caisses de mutualité sociale agricole ~~et les organismes mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés~~ **sont autorisées** à communiquer aux services compétents placés sous l'autorité du ministre chargé de l'agriculture les renseignements qu'elles détiennent, à l'exception des informations à caractère médical, pour les besoins desdits services en vue de la promotion de l'emploi agricole ainsi que du contrôle de l'application de la législation et de la réglementation concernant les régimes de protection sociale des salariés et des non-salariés des professions agricoles. Le contenu, l'emploi et les conditions de cette communication sont déterminés selon les modalités de l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
Article L725-1 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.725-1 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Les caisses de mutualité sociale agricole et les organismes visés à l'article L. 731-30 ont la faculté de prélever sur le montant des prestations dues à leurs adhérents, à l'exception des prestations familiales, des indemnités journalières visées à l'article L. 752-5 et des rentes visées à l'article L. 752-6, les cotisations dont ceux-ci sont redevables à leur égard. Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent également régler à celles d'entre elles qui leur en ont fait la demande, pour le compte de leurs adhérents et par prélèvement sur le montant des prestations dues à ces derniers, les cotisations dont ils sont redevables au titre des régimes de protection sociale agricole	Les caisses de mutualité sociale agricole ~~et les organismes visés à l'article L. 731-30~~ ont la faculté de prélever sur le montant des prestations dues à leurs adhérents, à l'exception des prestations familiales, des indemnités journalières visées à l'article L. 752-5 et des rentes visées à l'article L. 752-6, les cotisations dont ceux-ci sont redevables à leur égard. Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent également régler à celles d'entre elles qui leur en ont fait la demande, pour le compte de leurs adhérents et par prélèvement sur le montant des prestations dues à ces derniers, les cotisations dont ils sont redevables au titre des régimes de protection sociale agricole
Article L725-4 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.725-4 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Les organismes visés à l'article L. 731-30 sont chargés des mêmes missions et disposent des mêmes voies et moyens que les caisses de mutualité sociale agricole en ce qui concerne le recouvrement des cotisations prévues aux articles L. 731-35 à L. 731-38, ainsi que des majorations et pénalités de retard	~~Les organismes visés à l'article L. 731-30 sont chargés des mêmes missions et disposent des mêmes voies et moyens que les caisses de mutualité sociale agricole en ce qui concerne le recouvrement des cotisations prévues aux articles L. 731-35 à L. 731-38, ainsi que des majorations et pénalités de retard~~
Article L725-7 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.725-7 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
I. - Sauf le cas de fraude ou de fausse déclaration, les cotisations dues au titre des régimes de protection sociale agricole	I. - Sauf le cas de fraude ou de fausse déclaration, les cotisations dues au titre des régimes de protection sociale agricole

mentionnés au présent livre, et les pénalités de retard y afférentes, se prescrivent par trois ans à compter de l'expiration de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues. Les actions résultant de l'application de l'article L. 725-3 se prescrivent par cinq ans à compter de la mise en demeure. II. - La demande de remboursement des cotisations mentionnées au I se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées. Lorsque l'obligation de remboursement desdites cotisations naît d'une décision juridictionnelle qui révèle la non-conformité de la règle de droit dont il a été fait application à une règle de droit supérieure, la demande de remboursement ne peut porter que sur la période postérieure au 1er janvier de la troisième année précédant celle où la décision révélant la non-conformité est intervenue. En cas de remboursement, les caisses de mutualité sociale agricole et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 sont en droit de demander le reversement des prestations servies à l'assuré ; ladite demande doit être faite dans un délai maximum de trois ans à compter du remboursement desdites cotisations. Toutefois, lorsque la demande de remboursement des cotisations indûment versées n'a pas été formulée dans le délai de trois ans prévu au premier alinéa du présent II, le bénéfice des prestations servies, ainsi que les droits à l'assurance vieillesse restent acquis à l'assuré, sauf cas de fraude ou de fausse déclaration. III. - Les délais de prescription prévus aux articles L. 332-1 et L. 355-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux actions intentées par les organismes payeurs des régimes de protection sociale agricole en recouvrement des prestations indûment payées	mentionnés au présent livre, et les pénalités de retard y afférentes, se prescrivent par trois ans à compter de l'expiration de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues. Les actions résultant de l'application de l'article L. 725-3 se prescrivent par cinq ans à compter de la mise en demeure. II. - La demande de remboursement des cotisations mentionnées au I se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées. Lorsque l'obligation de remboursement desdites cotisations naît d'une décision juridictionnelle qui révèle la non-conformité de la règle de droit dont il a été fait application à une règle de droit supérieure, la demande de remboursement ne peut porter que sur la période postérieure au 1er janvier de la troisième année précédant celle où la décision révélant la non-conformité est intervenue. En cas de remboursement, les caisses de mutualité sociale agricole ~~et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30~~ sont en droit de demander le reversement des prestations servies à l'assuré ; ladite demande doit être faite dans un délai maximum de trois ans à compter du remboursement desdites cotisations. Toutefois, lorsque la demande de remboursement des cotisations indûment versées n'a pas été formulée dans le délai de trois ans prévu au premier alinéa du présent II, le bénéfice des prestations servies, ainsi que les droits à l'assurance vieillesse restent acquis à l'assuré, sauf cas de fraude ou de fausse déclaration. III. - Les délais de prescription prévus aux articles L. 332-1 et L. 355-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux actions intentées par les organismes payeurs des régimes de protection sociale agricole en recouvrement des prestations indûment payées
Article L725-8 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.725-8 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
En cas de carence d'une caisse de mutualité sociale agricole ou d'un organisme mentionné à l'article L. 731-30, l'autorité administrative désignée par le ministre chargé de l'agriculture peut se substituer à la caisse ou à l'organisme pour mettre en jeu les procédures prévues à l'article L. 725-3.	En cas de carence d'une caisse de mutualité sociale agricole ~~ou d'un organisme mentionné à l'article L. 731-30~~, l'autorité administrative désignée par le ministre chargé de l'agriculture peut se substituer à la caisse ou à l'organisme pour mettre en jeu les procédures prévues à l'article L. 725-3.
Article L725-12 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.725-12 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Lorsqu'elles sont munies d'un titre exécutoire, au	Lorsqu'elles sont munies d'un titre exécutoire, au

sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, à l'encontre des employeurs de main-d'œuvre agricole ou des personnes physiques non-salariées agricoles, les caisses de mutualité sociale agricole habilitées à décerner la contrainte définie au 1° de l'article L. 725-3 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et majorations et pénalités de retard au titre des régimes de protection sociale agricole bénéficiant du privilège ou ayant donné lieu à une inscription de privilège, en application de l'article L. 725-9.	sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, à l'encontre des employeurs de main-d'œuvre agricole ou des personnes physiques non-salariées agricoles, les caisses de mutualité sociale agricole habilitées à décerner la contrainte définie au 1° de l'article L. 725-3 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et majorations et pénalités de retard au titre des régimes de protection sociale agricole bénéficiant du privilège ou ayant donné lieu à une inscription de privilège, en application de l'article L. 725-9.
L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'organisme. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations, majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, mêmes conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article L. 211-2 du code des procédures civile d'exécution à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.	L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'organisme. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations, majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, mêmes conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article L. 211-2 du code des procédures civile d'exécution à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.
L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.	L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.
Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.	Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.
Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévue par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.	Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévue par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.
Les organismes visés à l'article L. 731-30 disposent de la même procédure d'opposition à tiers détenteur et sous les mêmes conditions que les caisses de mutualité sociale agricole pour le recouvrement des cotisations prévues aux articles L. 731-35 à L. 731-38 ainsi que des majorations et pénalités de retard.	~~Les organismes visés à l'article L. 731-30 disposent de la même procédure d'opposition à tiers détenteur et sous les mêmes conditions que les caisses de mutualité sociale agricole pour le recouvrement des cotisations prévues aux articles L. 731-35 à L. 731-38 ainsi que des majorations et pénalités de retard.~~

Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat	Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat
Article L725-23 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.725-23 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon une interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de l'agriculture publiée conformément à la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal ou à l'article 5-1 de l'ordonnance n° 2004-164 du 20 février 2004 relative aux modalités et effets de la publication des lois et de certains actes administratifs, les caisses de mutualité sociale agricole, les organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30 et le groupement d'assureurs mentionné à l'article L. 752-14 ne peuvent procéder à aucun redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation en vigueur, en soutenant une interprétation différente de celle admise par l'administration	Lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon une interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de l'agriculture publiée conformément à la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal ou à l'article 5-1 de l'ordonnance n° 2004-164 du 20 février 2004 relative aux modalités et effets de la publication des lois et de certains actes administratifs, les caisses de mutualité sociale agricole, ~~les organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30 et le groupement d'assureurs mentionné à l'article L. 752-14~~ ne peuvent procéder à aucun redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation en vigueur, en soutenant une interprétation différente de celle admise par l'administration
Article L725-25 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.725-25 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Afin d'en restituer le véritable caractère, les organismes mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu au titre de la législation sociale ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles. En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du premier alinéa, le litige est soumis, à la demande du cotisant, à l'avis du comité des abus de droit. Les organismes de recouvrement peuvent également soumettre le litige à l'avis du comité. Si ces organismes ne se conforment pas à l'avis du comité, ils doivent apporter la preuve du bien-fondé de leur rectification.	Afin d'en restituer le véritable caractère, ~~les organismes mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13~~ **les caisses de mutualité sociale agricole** sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu au titre de la législation sociale ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles. En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du premier alinéa, le litige est soumis, à la demande du cotisant, à l'avis du comité des abus de droit. Les organismes de recouvrement peuvent également soumettre le litige à l'avis du comité. Si ces organismes ne se conforment pas à l'avis du comité, ils doivent apporter la preuve du bien-

La procédure définie au présent article n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions de l'article L. 725-24 en fournissant aux organismes concernés tous éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces organismes n'ont pas répondu dans les délais requis. L'abus de droit entraîne l'application d'une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment la composition, l'organisation et le fonctionnement du comité des abus de droit.	fondé de leur rectification. La procédure définie au présent article n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions de l'article L. 725-24 en fournissant aux organismes concernés tous éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces organismes n'ont pas répondu dans les délais requis. L'abus de droit entraîne l'application d'une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment la composition, l'organisation et le fonctionnement du comité des abus de droit.
Article L726-2 *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.	~~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.~~
Article L726-3 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.726-3 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Le conseil d'administration de la caisse de mutualité sociale agricole ainsi que les assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 peuvent financer des actions destinées à venir en aide aux assurés éprouvant des difficultés pour régler les cotisations légales de sécurité sociale, la contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article. Il fixe notamment les cotisations et contributions éligibles à ces actions, la nature des aides, les modalités de fixation de l'enveloppe annuelle maximum affectée à chaque caisse et aux assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13, ainsi que la procédure applicable	Le conseil d'administration de la caisse de mutualité sociale agricole ~~ainsi que les assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 peuvent~~ **peut** financer des actions destinées à venir en aide aux assurés éprouvant des difficultés pour régler les cotisations légales de sécurité sociale, la contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article. Il fixe notamment les cotisations et contributions éligibles à ces actions, la nature des aides, les modalités de fixation de l'enveloppe annuelle maximum affectée à chaque caisse ~~et aux assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13~~, ainsi que la procédure applicable.

Article L731-10 *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. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.	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~~. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.
Article L731-30 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.731-30 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Les personnes mentionnées à l'article L. 722-10 sont assurées, à leur choix, soit par les caisses de la mutualité sociale agricole, soit par tous organismes d'assurances mentionnés à l'article L. 771-1 ou au code de la mutualité, ou par tous autres organismes d'assurances, dès lors, d'une part, que lesdits organismes auront été habilités par arrêtés de leurs ministres de tutelle respectifs et, d'autre part, qu'ils auront adhéré au règlement prévu à l'article L. 731-34. Les assujettis pourront contracter librement toutes autres assurances complémentaires ou supplémentaires auprès des organismes de mutualité sociale agricole ou de tous organismes visés à l'article L. 771-1 ou au code de la mutualité, ou de tous autres organismes d'assurance	Les personnes mentionnées à l'article L. 722-10 sont assurées~~, à leur choix, soit~~ par les caisses de la mutualité sociale agricole~~, soit par tous organismes d'assurances mentionnés à l'article L. 771-1 ou au code de la mutualité, ou par tous autres organismes d'assurances, dès lors, d'une part, que lesdits organismes auront été habilités par arrêtés de leurs ministres de tutelle respectifs et, d'autre part, qu'ils auront adhéré au règlement prévu à l'article L. 731-34.~~ ~~Les assujettis pourront contracter librement toutes autres assurances complémentaires ou supplémentaires auprès des organismes de mutualité sociale agricole ou de tous organismes visés à l'article L. 771-1 ou au code de la mutualité, ou de tous autres organismes d'assurance~~
Article L731-31 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.731-31 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Les organismes assureurs, en fonction de leur statut propre, devront se grouper par catégories, en vue de l'accomplissement de leurs obligations légales et réglementaires, notamment en ce qui concerne le respect des clauses des contrats, l'application des tarifs, l'exercice du contrôle médical et les opérations de compensation	~~Les organismes assureurs, en fonction de leur statut propre, devront se grouper par catégories, en vue de l'accomplissement de leurs obligations légales et réglementaires, notamment en ce qui concerne le respect des clauses des contrats, l'application des tarifs, l'exercice du contrôle médical et les opérations de compensation~~
Article L731-32 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.731-32 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
L'unité du régime d'assurance maladie obligatoire est réalisée par la mutualité sociale agricole, qui effectue la compensation, ainsi que les opérations de contrôle y afférentes. Elle centralise toutes les informations nécessaires au fonctionnement du régime.	~~L'unité du régime d'assurance maladie obligatoire est réalisée par la mutualité sociale agricole, qui effectue la compensation, ainsi que les opérations de contrôle y afférentes. Elle centralise toutes les informations nécessaires au fonctionnement du régime.~~

Article L731-33 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.731-33 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Les organismes assureurs, autres que les caisses de mutualité sociale agricole, devront obtenir de ces dernières, moyennant paiement de leur quote-part de frais, communication de tous renseignements nécessaires à l'établissement des cotisations des personnes dont ils auront reçu l'affiliation. Les caisses de mutualité sociale agricole communiquent à l'autorité administrative compétente, le nom des assujettis qui n'auront pas été affiliés en temps voulu. L'autorité administrative compétente peut prononcer l'affiliation d'office auprès des organismes assureurs ; ces affiliations d'office seront réparties proportionnellement aux effectifs recueillis, dans le département, par chacun des organismes. Il est interdit à tout organisme d'assurance de refuser l'inscription volontaire ou l'affiliation d'office d'un assuré, à peine de se voir retirer l'autorisation de garantir les risques prévus au présent paragraphe	~~Les organismes assureurs, autres que les caisses de mutualité sociale agricole, devront obtenir de ces dernières, moyennant paiement de leur quote-part de frais, communication de tous renseignements nécessaires à l'établissement des cotisations des personnes dont ils auront reçu l'affiliation.~~ ~~Les caisses de mutualité sociale agricole communiquent à l'autorité administrative compétente, le nom des assujettis qui n'auront pas été affiliés en temps voulu.~~ ~~L'autorité administrative compétente peut prononcer l'affiliation d'office auprès des organismes assureurs ; ces affiliations d'office seront réparties proportionnellement aux effectifs recueillis, dans le département, par chacun des organismes.~~ ~~Il est interdit à tout organisme d'assurance de refuser l'inscription volontaire ou l'affiliation d'office d'un assuré, à peine de se voir retirer l'autorisation de garantir les risques prévus au présent paragraphe~~
Article L731-34 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.731-34 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application des articles L. 731-30 à L. 731-33. Un règlement approuvé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé du travail et du ministre chargé de l'économie et des finances précise les clauses types qui doivent figurer dans les statuts et règlements des groupements en ce qui concerne : 1° Les contrats types, tarifs et conditions imposées ; 2° La comptabilité spéciale pour la gestion desdits risques pour laquelle aucun bénéfice ne devra être réalisé ; 3° Le contrôle médical commun	~~Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application des articles L. 731-30 à L. 731-33. Un règlement approuvé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé du travail et du ministre chargé de l'économie et des finances précise les clauses types qui doivent figurer dans les statuts et règlements des groupements en ce qui concerne :~~ ~~1° Les contrats types, tarifs et conditions imposées ;~~ ~~2° La comptabilité spéciale pour la gestion desdits risques pour laquelle aucun bénéfice ne devra être réalisé ;~~ ~~3° Le contrôle médical commun~~
Article L731-35-1 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.731-35-1 *modifié* 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	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° du même article L732-4. La charge des prestations prévues audit article L732-4 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 chargé s 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 L731-31 et des organisations représentatives des chefs d'exploitation et d'entreprise agricole. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	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° du même article L732-4. La charge des prestations prévues audit article L732-4 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 chargé s 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 L731-31~~ et des organisations représentatives des chefs d'exploitation et d'entreprise agricole. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L732-6-1 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.732-6-1 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
La caisse centrale de la mutualité sociale agricole conclut, au nom des caisses de mutualité sociale agricole, une convention avec les organismes assureurs mentionnés à l'article L731-30, qui précise les relations entre les caisses et les dits organismes pour organiser la gestion des prestations prévues à l'article L732-4. Cette convention et, le cas échéant, ses avenants sont approuvés par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale.	~~La caisse centrale de la mutualité sociale agricole conclut, au nom des caisses de mutualité sociale agricole, une convention avec les organismes assureurs mentionnés à l'article L731-30, qui précise les relations entre les caisses et les dits organismes pour organiser la gestion des prestations prévues à l'article L732-4. Cette convention et, le cas échéant, ses avenants sont approuvés par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale.~~
Article L732-7 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.732-7 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
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.	~~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 L752-1 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.752-1 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
I.-Sont obligatoirement assurés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, lorsqu'ils sont occupés dans les exploitations, entreprises ou établissements énumérés aux 1° à 5° de l'article L. 722-1 : 1° Les personnes mentionnées au premier alinéa	I.-Sont obligatoirement assurés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, lorsqu'ils sont occupés dans les exploitations, entreprises ou établissements énumérés aux 1° à 5° de l'article L. 722-1 : 1° Les personnes mentionnées au premier alinéa

du 1° et aux 2° et 5° de l'article L. 722-10 du présent code, y compris les personnes visées à l'article L. 171-3 du code de la sécurité sociale ;	du 1° et aux 2° et 5° de l'article L. 722-10 du présent code, y compris les personnes visées à l'article L. 171-3 du code de la sécurité sociale ;
2° Les conjoints mentionnés au a du 4° de l'article L. 722-10 participant à la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise, ainsi que ceux qui participent à l'activité non salariée non agricole lorsque le chef ou l'associé d'exploitation est rattaché au seul régime agricole des non-salariés agricoles en application de l'article L. 171-3 du code de la sécurité sociale, que les conjoints soient ou non couverts à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, à l'exception des conjoints des personnes visées au 3° de l'article L. 722-10 ;	2° Les conjoints mentionnés au a du 4° de l'article L. 722-10 participant à la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise, ainsi que ceux qui participent à l'activité non salariée non agricole lorsque le chef ou l'associé d'exploitation est rattaché au seul régime agricole des non-salariés agricoles en application de l'article L. 171-3 du code de la sécurité sociale, que les conjoints soient ou non couverts à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, à l'exception des conjoints des personnes visées au 3° de l'article L. 722-10 ;
3° Les enfants mentionnés au b du 4° de l'article L. 722-10 du présent code participant occasionnellement aux travaux de l'exploitation, sous réserve qu'ils soient âgés d'au moins quatorze ans.	3° Les enfants mentionnés au b du 4° de l'article L. 722-10 du présent code participant occasionnellement aux travaux de l'exploitation, sous réserve qu'ils soient âgés d'au moins quatorze ans.
Le respect de l'obligation d'assurance prévue au présent chapitre incombe au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole pour lui-même et les autres personnes mentionnées au présent article, les enfants mentionnés au 3° bénéficiant d'une présomption d'affiliation.	Le respect de l'obligation d'assurance prévue au présent chapitre incombe au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole pour lui-même et les autres personnes mentionnées au présent article, les enfants mentionnés au 3° bénéficiant d'une présomption d'affiliation.
II.-Sont obligatoirement assurées pour leur propre compte contre les accidents du travail et les maladies professionnelles les personnes mentionnées à l'article L. 731-23 dont l'exploitation ou l'entreprise agricole répond à des critères de superficie ou de temps travaillé fixés par décret, à l'exception de celles qui bénéficient à un autre titre de l'assurance prévue au présent chapitre.	II.-Sont obligatoirement assurées pour leur propre compte contre les accidents du travail et les maladies professionnelles les personnes mentionnées à l'article L. 731-23 dont l'exploitation ou l'entreprise agricole répond à des critères de superficie ou de temps travaillé fixés par décret, à l'exception de celles qui bénéficient à un autre titre de l'assurance prévue au présent chapitre.
III.-Les bénéficiaires de l'assurance prévue au présent chapitre peuvent contracter librement toutes assurances complémentaires ou supplémentaires.	~~III.-Les bénéficiaires de l'assurance prévue au présent chapitre peuvent contracter librement toutes assurances complémentaires ou supplémentaires.~~
IV. - L'obligation d'assurance prévue au I n'est pas applicable aux bailleurs à métayage.	~~IV.~~ III. - L'obligation d'assurance prévue au I n'est pas applicable aux bailleurs à métayage.
Article L752-4 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.752-4 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Les dispositions des articles L. 432-1 à L. 432-10 et L. 442-8 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations prévues à la présente section sous les réserves suivantes :	Les dispositions des articles L. 432-1 à L. 432-10 et L. 442-8 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations prévues à la présente section sous les réserves suivantes :
- pour l'application de l'article L. 432-1, la référence aux 1° et 3° de l'article L. 431-1 est remplacée par la référence aux 1° et 4° de l'article L. 752-3 du présent code ; pour l'application des articles L. 432-7 et L. 432-9, la référence à l'article L. 433-1 est remplacée par la	- pour l'application de l'article L. 432-1, la référence aux 1° et 3° de l'article L. 431-1 est remplacée par la référence aux 1° et 4° de l'article L. 752-3 du présent code ; pour l'application des articles L. 432-7 et L. 432-9, la référence à l'article L. 433-1 est remplacée par la

référence à l'article L. 752-5 du présent code ; - la feuille d'accident mentionnée à l'article L. 432-3 s'entend de celle prévue à l'article L. 752-24 du présent code ; - les organismes assureurs exercent les fonctions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.	référence à l'article L. 752-5 du présent code ; - la feuille d'accident mentionnée à l'article L. 432-3 s'entend de celle prévue à l'article L. 752-24 du présent code ; - ~~les organismes assureurs~~ **les caisses de mutualité sociale agricole** exercent les fonctions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.
Article L752-12 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.752-12 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Les organismes de mutualité sociale agricole sont chargés : - de certifier l'immatriculation des assurés auprès d'un des organismes mentionnés à l'article L. 752-13 ; - de contrôler le respect de l'obligation d'assurance en liaison avec l'autorité administrative ; - d'assurer le contrôle médical selon les modalités prévues aux articles L. 315-1 à L. 315-3 du code de la sécurité sociale ; - d'animer et de coordonner les actions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les conditions prévues à la section 6 du présent chapitre ; - de classer les exploitations ou entreprises agricoles dans les différentes catégories de risques dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de l'agriculture ; - de centraliser les ressources du régime institué par le présent chapitre et de les répartir entre les organismes assureurs, en fonction des prestations à servir et des frais de gestion ; - de centraliser les informations nécessaires au fonctionnement du régime, notamment à partir des données fournies par les organismes assureurs autorisés à garantir les risques régis par le présent chapitre, et de les transmettre au ministre chargé de l'agriculture et, en tant que de besoin, aux organismes susmentionnés	Les organismes de mutualité sociale agricole sont chargés : ~~- de certifier l'immatriculation des assurés auprès d'un des organismes mentionnés à l'article L. 752-13 ;~~ ~~- de contrôler le respect de l'obligation d'assurance en liaison avec l'autorité administrative ;~~ - d'assurer le contrôle médical selon les modalités prévues aux articles L. 315-1 à L. 315-3 du code de la sécurité sociale ; - d'animer et de coordonner les actions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les conditions prévues à la section 6 du présent chapitre ; - de classer les exploitations ou entreprises agricoles dans les différentes catégories de risques dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de l'agriculture ; ~~- de centraliser les ressources du régime institué par le présent chapitre et de les répartir entre les organismes assureurs, en fonction des prestations à servir et des frais de gestion ;~~ ~~- de centraliser les informations nécessaires au fonctionnement du régime, notamment à partir des données fournies par les organismes assureurs autorisés à garantir les risques régis par le présent chapitre, et de les transmettre au ministre chargé de l'agriculture et, en tant que de besoin, aux organismes susmentionnés~~ **- de transmettre au ministre chargé de l'agriculture les informations nécessaires au fonctionnement du régime**.
Article L752-13 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.752-13 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Les personnes mentionnées à l'article L. 752-1	Les personnes mentionnées à l'article L. 752-1

choisissent, pour l'affiliation au régime institué par le présent chapitre, entre la caisse de mutualité sociale agricole dont elles relèvent et tout organisme régi par le code des assurances ou le code de la mutualité répondant aux conditions prévues à l'article L. 752-14. Les assurés expriment leur choix entre ces organismes ou, à défaut, sont affiliés d'office à l'un d'entre eux par l'autorité administrative compétente. Ces affiliations d'office sont réparties proportionnellement aux effectifs recueillis dans le département par chacun des organismes assureurs.	**sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole** ~~choisissent, pour l'affiliation au régime institué par le présent chapitre, entre la caisse de mutualité sociale agricole dont elles relèvent et tout organisme régi par le code des assurances ou le code de la mutualité répondant aux conditions prévues à l'article L. 752-14.~~ ~~Les assurés expriment leur choix entre ces organismes ou, à défaut, sont affiliés d'office à l'un d'entre eux par l'autorité administrative compétente. Ces affiliations d'office sont réparties proportionnellement aux effectifs recueillis dans le département par chacun des organismes assureurs.~~
Article L752-14 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.752-14 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Les organismes assureurs autres que les caisses de mutualité sociale agricole doivent être autorisés par le ministre chargé de l'agriculture à garantir les risques régis par le présent chapitre. Ils délèguent à un groupement constitué par eux et doté de la personnalité morale toutes les opérations relatives au fonctionnement du régime institué par le présent chapitre, notamment celles relatives au recouvrement des cotisations et au versement des prestations. Ce groupement assure la représentation de ses adhérents et des ressortissants du régime vis-à-vis de l'Etat et des organismes de mutualité sociale agricole. La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole conclut, au nom des caisses de mutualité sociale agricole, une convention avec le groupement mentionné à l'alinéa précédent qui précise les relations entre les caisses et ledit groupement pour organiser la gestion du régime. Cette convention et ses avenants sont approuvés par arrêté du ministre chargé de l'agriculture dans les trois mois suivant leur conclusion. A défaut d'approbation selon les modalités précitées, ces relations sont précisées par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Les caisses de mutualité sociale agricole et le groupement mentionné au deuxième alinéa sont autorisés à échanger les seules informations nominatives nécessaires au bon fonctionnement du régime, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.	~~Les organismes assureurs autres que les caisses de mutualité sociale agricole doivent être autorisés par le ministre chargé de l'agriculture à garantir les risques régis par le présent chapitre.~~ ~~Ils délèguent à un groupement constitué par eux et doté de la personnalité morale toutes les opérations relatives au fonctionnement du régime institué par le présent chapitre, notamment celles relatives au recouvrement des cotisations et au versement des prestations. Ce groupement assure la représentation de ses adhérents et des ressortissants du régime vis-à-vis de l'Etat et des organismes de mutualité sociale agricole.~~ ~~La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole conclut, au nom des caisses de mutualité sociale agricole, une convention avec le groupement mentionné à l'alinéa précédent qui précise les relations entre les caisses et ledit groupement pour organiser la gestion du régime. Cette convention et ses avenants sont approuvés par arrêté du ministre chargé de l'agriculture dans les trois mois suivant leur conclusion. A défaut d'approbation selon les modalités précitées, ces relations sont précisées par arrêté du ministre chargé de l'agriculture.~~ ~~Les caisses de mutualité sociale agricole et le groupement mentionné au deuxième alinéa sont autorisés à échanger les seules informations nominatives nécessaires au bon fonctionnement du régime, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.~~

Article L752-15 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.752-15 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Est entachée de nullité d'ordre public toute clause ou convention conclue par tout organisme assureur non autorisé à garantir les risques régis par le présent chapitre. Un décret en Conseil d'Etat précise les peines encourues par l'organisme assureur proposant ou faisant souscrire et tout assuré souscrivant une telle clause ou convention. Tout organisme assureur refusant l'inscription volontaire ou l'affiliation d'office d'un assuré prévues à l'article L. 752-13 se voit retirer l'autorisation de garantir les risques régis par le présent chapitre	Est entachée de nullité d'ordre public toute clause ou convention conclue par tout organisme assureur non autorisé à garantir les risques régis par le présent chapitre. Un décret en Conseil d'Etat précise les peines encourues par l'organisme assureur proposant ou faisant souscrire et tout assuré souscrivant une telle clause ou convention. ~~Tout organisme assureur refusant l'inscription volontaire ou l'affiliation d'office d'un assuré prévues à l'article L. 752-13 se voit retirer l'autorisation de garantir les risques régis par le présent chapitre~~
Article L752-17 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.752-17 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Les ressources du régime institué par le présent chapitre doivent couvrir intégralement ses charges, ci-après énumérées : 1° Prestations prévues à la section 2 du présent chapitre ; 2° Dépenses de prévention ; 3° Frais de gestion et de contrôle médical ; 4° Contribution mentionnée au 7° bis de l'article L. 731-3. Un arrêté du ministre chargé de l'agriculture fixe, pour chacune des catégories d'exploitation ou d'entreprise mentionnées au 1° de l'article L. 752-16, le montant de la cotisation due par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, 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. 752-14 et des organisations représentatives des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole. Le montant de la contribution mentionnée au 7° bis de l'article L. 731-3 est pris en compte dans les éléments de calcul de la cotisation qui peuvent être modulés par secteur d'activité dans des conditions déterminées par décret.	Les ressources du régime institué par le présent chapitre doivent couvrir intégralement ses charges, ci-après énumérées : 1° Prestations prévues à la section 2 du présent chapitre ; 2° Dépenses de prévention ; 3° Frais de gestion et de contrôle médical ; 4° Contribution mentionnée au 7° bis de l'article L. 731-3. Un arrêté du ministre chargé de l'agriculture fixe, pour chacune des catégories d'exploitation ou d'entreprise mentionnées au 1° de l'article L. 752-16, le montant de la cotisation due par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, 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. 752-14~~ et des organisations représentatives des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole. Le montant de la contribution mentionnée au 7° bis de l'article L. 731-3 est pris en compte dans les éléments de calcul de la cotisation qui peuvent être modulés par secteur d'activité dans des conditions déterminées par décret
Article L752-20 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.752-20 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Les cotisations mentionnées à l'article L. 752-16 sont recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole et le groupement	Les cotisations mentionnées à l'article L. 752-16 sont recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole ~~et le groupement~~

mentionné à l'article L. 752-14, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au titre des régimes de sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles, sous réserve des dispositions spécifiques applicables au régime institué par le présent chapitre. Les cotisations sont calculées, pour une année donnée, au prorata de la durée d'affiliation audit régime pendant l'année considérée	~~mentionné à l'article L. 752-14,~~ selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au titre des régimes de sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles, sous réserve des dispositions spécifiques applicables au régime institué par le présent chapitre. Les cotisations sont calculées, pour une année donnée, au prorata de la durée d'affiliation audit régime pendant l'année considérée
Article L752-23 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.752-23 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Lorsque la lésion dont l'assuré est atteint est imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit conservent contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent chapitre. L'organisme assureur est tenu de servir à l'assuré les prestations prévues par le présent chapitre, sauf recours de sa part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions prévues au deuxième alinéa. Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, l'organisme assureur est admis à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité incombant au tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques et morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise. La victime ou ses ayants droit sont admis à faire valoir les droits résultant pour eux de l'action en indemnité formée en application des dispositions du premier alinéa par priorité sur ceux de l'organisme assureur en ce qui concerne son action en remboursement. La victime ou ses ayants droit doivent appeler l'organisme assureur en déclaration de jugement commun ou réciproquement ; à défaut, la nullité du jugement sur le fond peut être demandée pendant deux ans à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande de l'organisme assureur ou du tiers responsable lorsque ces derniers y ont intérêt.	Lorsque la lésion dont l'assuré est atteint est imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit conservent contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent chapitre~~. L'organisme assureur est tenu~~ **La caisse de mutualité sociale agricole est tenue** de servir à l'assuré les prestations prévues par le présent chapitre, sauf recours de sa part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions prévues au deuxième alinéa. Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, ~~l'organisme assureur est admis~~ **la caisse de mutualité sociale agricole est admise** à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité incombant au tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques et morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise. La victime ou ses ayants droit sont admis à faire valoir les droits résultant pour eux de l'action en indemnité formée en application des dispositions du premier alinéa par priorité sur ceux de l'organisme assureur en ce qui concerne son action en remboursement. La victime ou ses ayants droit doivent appeler ~~l'organisme assureur~~ **la caisse de mutualité sociale agricole** en déclaration de jugement commun ou réciproquement ; à défaut, la nullité du jugement sur le fond peut être demandée pendant deux ans à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande

	de ~~l'organisme assureur~~ **la caisse de mutualité sociale agricole** ou du tiers responsable lorsque ces derniers y ont intérêt.
Le cinquième alinéa de l'article L. 454-1 et l'article L. 454-2 du code de la sécurité sociale sont applicables aux non-salariés agricoles.	Le cinquième alinéa de l'article L. 454-1 et l'article L. 454-2 du code de la sécurité sociale sont applicables aux non-salariés agricoles.
Ne sont pas regardés comme des tiers pour l'application du présent article, sauf dans le cas où le dommage résulte d'une faute intentionnelle commise par eux, le conjoint, les enfants, ascendants, descendants, alliés en ligne directe, salariés du chef d'entreprise ou d'exploitation, ainsi que toute personne vivant habituellement au foyer de celui-ci.	Ne sont pas regardés comme des tiers pour l'application du présent article, sauf dans le cas où le dommage résulte d'une faute intentionnelle commise par eux, le conjoint, les enfants, ascendants, descendants, alliés en ligne directe, salariés du chef d'entreprise ou d'exploitation, ainsi que toute personne vivant habituellement au foyer de celui-ci.
Article L752-25 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.752-25 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
L'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre, destinataire d'une déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle, est tenu de servir à la victime, à titre provisionnel, la totalité des prestations dudit régime jusqu'à la date à laquelle la décision de prise en charge ou de refus de prise en charge est devenue définitive.	~~L'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre~~ **La caisse de mutualité sociale agricole**, destinataire d'une déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle, est tenu**e** de servir à la victime, à titre provisionnel, la totalité des prestations dudit régime jusqu'à la date à laquelle la décision de prise en charge ou de refus de prise en charge est devenue définitive.
Lorsque la décision de refus de prise en charge est devenue définitive, soit parce que l'assuré ne l'a pas contestée dans les délais impartis, soit à la suite d'une décision judiciaire définitive, le montant des prestations mentionnées au premier alinéa est remboursé à l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre par l'organisme d'assurance maladie dont relève la victime, à concurrence des prestations dues au titre de sa législation. L'organisme d'assurance maladie assure dès lors le versement des prestations nécessitées par l'état de la victime à la suite de l'accident.	Lorsque la décision de refus de prise en charge est devenue définitive, soit parce que l'assuré ne l'a pas contestée dans les délais impartis, soit à la suite d'une décision judiciaire définitive, le montant des prestations mentionnées au premier alinéa est remboursé ~~à l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre~~ l**a caisse de mutualité sociale agricole**, par l'organisme d'assurance maladie dont relève la victime, à concurrence des prestations dues au titre de sa législation. L'organisme d'assurance maladie assure dès lors le versement des prestations nécessitées par l'état de la victime à la suite de l'accident.
En cas de contestation par la victime d'une décision de refus de prise en charge portant sur la nature du risque, l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre est tenu d'appeler l'organisme d'assurance maladie en intervention forcée dans l'instance ; à défaut, la décision judiciaire définitive n'est pas opposable à l'organisme d'assurance maladie.	En cas de contestation par la victime d'une décision de refus de prise en charge portant sur la nature du risque, ~~l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre~~ **la caisse de mutualité sociale agricole est tenue** d'appeler l'organisme d'assurance maladie en intervention forcée dans l'instance ; à défaut, la décision judiciaire définitive n'est pas opposable à l'organisme d'assurance maladie.
L'organisme gestionnaire du régime institué par le présent chapitre est fondé à poursuivre auprès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole le remboursement des prestations indûment perçues par les personnes mentionnées à l'article L. 752-1, pour la part excédant le montant des	~~L'organisme gestionnaire du régime institué par le présent chapitre~~ **La caisse de mutualité sociale agricole** est fondé**e** à poursuivre auprès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole le remboursement des prestations indûment perçues par les personnes mentionnées à l'article

prestations qui auraient dû être versées au titre de la législation d'assurance maladie. L'indu est recouvré selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au titre des régimes de sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles. En cas d'accident du travail survenu ou de maladie professionnelle constatée alors que le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole n'a pas satisfait à l'obligation d'assurance visée à l'article L. 752-1, l'organisme d'assurance maladie dont relève la victime est tenu de servir, à titre provisionnel, les prestations dans les conditions de sa législation, jusqu'au terme de la procédure d'affiliation d'office	L. 752-1, pour la part excédant le montant des prestations qui auraient dû être versées au titre de la législation d'assurance maladie. L'indu est recouvré selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au titre des régimes de sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles. En cas d'accident du travail survenu ou de maladie professionnelle constatée alors que le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole n'a pas satisfait à l'obligation d'assurance visée à l'article L. 752-1, l'organisme d'assurance maladie dont relève la victime est tenu de servir, à titre provisionnel, les prestations dans les conditions de sa législation, jusqu'au terme de **la procédure d'affiliation** ~~d'office.~~
Article L752-26 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.752-26 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
L'organisme assureur a la faculté de prélever sur le montant des indemnités journalières et des rentes éventuellement dues au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, en application des dispositions des articles L. 752-5 et L. 752-6, les cotisations dont celui-ci est redevable pour lui-même et pour les autres personnes mentionnées à l'article L. 752-1 à la date de l'accident .	~~L'organisme assureur~~ **La caisse de mutualité sociale agricole** a la faculté de prélever sur le montant des indemnités journalières et des rentes éventuellement dues au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, en application des dispositions des articles L. 752-5 et L. 752-6, les cotisations dont celui-ci est redevable pour lui-même et pour les autres personnes mentionnées à l'article L. 752-1 à la date de l'accident .
Article L752-29 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.752-29 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole anime et coordonne les actions susceptibles de prévenir les risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles dont peuvent être victimes les personnes mentionnées à l'article L. 752-1. Elle gère un fond de prévention alimenté par une fraction des cotisations mentionnées à l'article L. 752-16, fixée par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Une commission de la prévention des accidents du travail des non-salariés agricoles, composée de représentants de l'Etat, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, des organismes assureurs et des organisations représentatives des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, est chargée de définir les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, comprenant notamment des actions de formation aux risques et des expertises médicales et techniques réalisées lors de l'installation des jeunes agriculteurs	La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole anime et coordonne les actions susceptibles de prévenir les risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles dont peuvent être victimes les personnes mentionnées à l'article L. 752-1. Elle gère un fond de prévention alimenté par une fraction des cotisations mentionnées à l'article L. 752-16, fixée par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Une commission de la prévention des accidents du travail des non-salariés agricoles, composée de représentants de l'Etat, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, ~~des organismes assureurs~~ et des organisations représentatives des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, est chargée de définir les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, comprenant notamment des actions de formation aux risques et des expertises médicales et techniques réalisées lors de l'installation des jeunes agriculteurs

Article L762-15 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.762-15 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Ne sont pas applicables dans les départements d'outre-mer les dispositions des articles L. 723-9 et L. 731-30 à L. 731-34 ainsi que toutes dispositions contraires à la présente section.	Ne sont pas applicables dans les départements d'outre-mer les dispositions des articles L. 723-9 ~~et L. 731-30 à L. 731-34~~ ainsi que toutes dispositions contraires à la présente section.
Article L. 762-25 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 762-25 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
Les caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer sont chargées de promouvoir l'action sociale en faveur des bénéficiaires de la présente section. Le décret en Conseil d'Etat, prévu à l'article L. 726-2, détermine les conditions dans lesquelles le fonds spécial prévu audit article est appelé à participer à cette action sociale.	Les caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer sont chargées de promouvoir l'action sociale en faveur des bénéficiaires de la présente section. ~~Le décret en Conseil d'Etat, prévu à l'article L. 726-2, détermine les conditions dans lesquelles le fonds spécial prévu audit article est appelé à participer à cette action sociale.~~

ARTICLE 65

EXEMPLARITE DES DONNEURS D'ORDRE PUBLICS

I. Présentation de la mesure

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

Dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé, les donneurs d'ordre ont un rôle crucial à jouer en évitant de recourir à des sous-traitants employant illégalement des salariés. Les donneurs d'ordre tant privés que publics doivent donc vérifier que leur sous-traitant est à jour de la déclaration et du paiement de ses cotisations sociales et qu'il a bien déclaré un nombre de salariés qui n'est pas manifestement incohérent avec l'ampleur des travaux demandés. Cette vérification se fait de manière dématérialisée via la transmission par le sous-traitant d'une attestation qui lui est remise par l'URSSAF. A défaut, la responsabilité du donneur d'ordre peut être engagée pour manquement à l'obligation de vigilance. Selon le dispositif de solidarité financière[51] il peut être amené à devoir payer les cotisations dues suite au redressement du sous-traitant si celui-ci ne les règle pas.

La solidarité financière peut également être engagée en cas de manquement à l'obligation de diligence. L'obligation de diligence (art L. 8222-5 du code du travail) prévoit que le donneur d'ordre, informé de l'intervention d'un sous-traitant en situation irrégulière, enjoint aussitôt à son cocontractant de faire cesser sans délai cette situation. Ce sont les conditions de mise en œuvre de l'obligation de diligence et ses conséquences qui sont l'objet de la présente mesure.
Le principe de la solidarité financière est un outil efficace en termes de prévention et de dissuasion, qu'il convient de conforter par des mécanismes simples et rapides pour accompagner la réparation des préjudices subis par les différents créanciers (salariés, URSSAF…). La solidarité financière est une modalité de recouvrement qui permet de substituer au redevable du redressement son donneur d'ordre, lorsque le redevable a disparu ou n'est pas solvable.

Or, depuis la loi "Warsmann" de simplification du droit du 11 mai 2011[52], tout contrat écrit (soit de plus de 15 000 €) conclu par une personne morale de droit public doit comporter une clause stipulant que des pénalités peuvent être infligées au cocontractant s'il ne s'acquitte pas des formalités déclaratives prévues dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé. Le montant des pénalités est, au plus, égal à 10 % du montant du contrat et ne peut excéder celui des amendes encourues pour les faits incriminés. La personne publique peut également décider de rompre le contrat.

Ce dispositif n'est pas cohérent avec les obligations générales de diligence puisqu'il laisse entendre qu'en s'acquittant de la pénalité au bénéfice du donneur d'ordre, les faits peuvent perdurer.

Alors que les donneurs d'ordre privés qui n'ont pas accompli leurs obligations de diligence doivent en supporter les conséquences financières, les donneurs d'ordre publics peuvent en tirer un gain via les pénalités. La logique de ce dispositif est donc *in fine* particulièrement contestable.

Par ailleurs, lorsque le sous traitant avait eu recours au travail dissimulé afin de faire face à des problèmes de trésorerie en pensant régulariser sa situation lors du paiement du marché, le fait d'appliquer des pénalités et par là même de diminuer le bénéfice du marché allait à l'encontre de la régularisation du paiement des cotisations.

Enfin, ce dispositif conduit inévitablement à un enchevêtrement de contentieux et donc de juridictions compétentes en fonction des parties en présence (juge administratif pour le contentieux de la pénalité contractuelle, juge civil et pénal pour l'infraction de travail dissimulé). Cette complexité contentieuse rendait la pénalité peu opérante.

---

[51] Art. L. 8222-2 C.Trav.
[52] Art. L. 8222-6 C. Trav.

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

Mesure proposée :

Il convient donc de renforcer la cohérence des dispositifs existants et d'accroitre le rôle des donneurs d'ordre publics dans la lutte contre le travail dissimulé.

Plus encore que les donneurs d'ordre privés, les donneurs d'ordre publics doivent être impliqués lorsqu'un sous traitant fait l'objet d'un constat de travail dissimulé de la part d'un agent de contrôle dûment habilité.

En instaurant un échange rapide entre le donneur d'ordre public et l'agent de contrôle, cette mesure vise à améliorer le recouvrement des cotisations et contributions redressées dans le cadre de la procédure de travail dissimulé, le sous traitant ayant tout intérêt à régulariser sa situation pour ne pas subir la rupture du marché obtenu. De plus le donneur d'ordre qui ne remplirait pas son obligation de diligence vis-à-vis de son sous traitant, risquerait de se voir réclamer les sommes que ce dernier n'aurait pas acquitté, le recouvrement s'en trouvant renforcé dans une telle situation.

L'article accroit globalement les possibilités d'engagement de la solidarité financière qui consiste au paiement solidaire des cotisations et contributions sociales.

Le prestataire ne pourra contester la rupture sans indemnité que s'il a fait cesser sous les deux mois le travail dissimulé et régularisé sa situation. La mesure supprime le potentiel contentieux de la pénalité contractuelle, dont l'articulation avec le pénal et le civil risquait d'être très complexe générant un allongement des contentieux, privant d'effet dissuasif cette pénalité.

Autres options possibles :

Afin de mettre un terme de façon effective à la situation de travail dissimulé constatée par la personne publique, une option alternative aurait consisté en la fixation d'une obligation et non d'une possibilité pour la collectivité de rompre le contrat aux frais et risques du cocontractant.

Néanmoins, compte tenu de la spécificité des contrats publics, une telle disposition serait apparue comme limitant fortement la liberté contractuelle des personnes publiques.

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

En application du 3 du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, cette mesure relative à la lutte contre la fraude aux cotisations et contributions prend place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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 de l'article L. 8222-6 du code du travail.

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 P ou R***	***2014***	***2015***	***2016***
			13	13	13

Cela va permettre d'accroître la vigilance vis-à-vis du travail dissimulé, c'est donc par construction favorable au recul de la fraude et la hausse des recettes. Le chiffrage est toutefois très difficile à réaliser. En 2012 les URSSAF ont engagé à 188 reprises la solidarité financière à l'encontre des donneurs d'ordres et près de 13 millions d'euros ont ainsi été chiffrés au titre de cette procédure spécifique. Ces redressements ont quasi exclusivement concerné des personnes privées. L'enjeu lié à la mise en oeuvre de la solidarité financière est donc tout à fait significatif : 5% des 260M€ de redressement pour travail dissimulé mais 50 % des montants effectivement recouvrés. En effet, si le taux de recouvrement moyen suite à travail dissimulé est de 10%, via la solidarité financière il est proche de 100%.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

.Sans objet.

b) impacts sociaux

Eu égard à ses conséquences sur la vie du contrat, la mesure proposée devrait permettre de limiter le recours au travail dissimulé en responsabilisant la personne publique. Cela permettra donc d'augmenter les droits des salariés et assurer une équité entre tous.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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 n'a pas d'impact pour les caisses de sécurité sociale.

S'agissant de la personne publique cocontractante, compte tenu de la liberté contractuelle laissant la possibilité à l'administration de fixer des pénalités, la mesure ne devrait pas emporter de conséquences car elle n'impacte que les contrats à venir.

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

Augmentation de l'emploi déclaré.

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 pas de texte d'application.

2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet

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

La mesure entre en vigueur pour les contrats notifiés au 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.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 8222-6 *actuel* du code du travail	Article L. 8222-6 *modifié* du code du travail
Tout contrat écrit conclu par une personne morale de droit public doit comporter une clause stipulant que des pénalités peuvent être infligées au cocontractant s'il ne s'acquitte pas des formalités mentionnées aux articles L. 8221-3 à L. 8221-5. Le montant des pénalités est, au plus, égal à 10 % du montant du contrat et ne peut excéder celui des amendes encourues en application des articles L. 8224-1, L. 8224-2 et L. 8224-5. Toute personne morale de droit public ayant contracté avec une entreprise, informée par écrit par un agent de contrôle de la situation irrégulière de cette dernière au regard des formalités mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5, l'enjoint aussitôt de faire cesser cette situation. L'entreprise ainsi mise en demeure apporte à la personne morale de droit public la preuve qu'elle a mis fin à la situation délictuelle. La personne morale de droit public transmet, sans délai, à l'agent auteur du signalement les éléments de réponse communiqués par l'entreprise ou l'informe d'une absence de réponse. A défaut de correction des irrégularités signalées dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat, la personne morale de droit public en informe l'agent auteur du signalement et peut appliquer les pénalités prévues par le contrat ou rompre le contrat, sans indemnité, aux frais et risques de l'entrepreneur. A défaut de respecter les obligations qui découlent du deuxième, troisième ou quatrième alinéa du présent article, la personne morale de droit public est tenue solidairement responsable des sommes dues au titre des 1° et 3° de l'article L. 8222-2, dans les conditions prévues à l'article L. 8222-3.	**Sans préjudice des dispositions des articles L. 8222-1 à L. 8222-3, toute personne morale de droit public ayant contracté avec une entreprise, informée par écrit par un agent de contrôle, de la situation irrégulière de cette entreprise au regard des formalités mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5, l'enjoint aussitôt de faire cesser sans délai cette situation.** **L'entreprise mise ainsi en demeure apporte, dans un délai de deux mois, à la personne publique la preuve qu'elle a mis fin à la situation délictuelle. A défaut, le contrat peut être rompu sans indemnité, aux frais et risques de l'entrepreneur.** **La personne publique informe l'agent auteur du signalement des suites données par l'entreprise à son injonction.** **A défaut de respecter les obligations qui découlent des premier et troisième alinéas, la personne morale de droit public est tenue solidairement avec son cocontractant au paiement des impôts, taxes, cotisations, rémunérations et charges mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 8222-2, dans les conditions fixées à l'article L. 8222-3.**

ARTICLE 66

EXTENSTION AUX EMPLOYEURS DE SALARIES AGRICOLES DES PENALITES APPLICABLES EN CAS DE FAUSSE DECLARATION AT-MP

I. Présentation de la mesure

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

- **Sur la fraude en matière de déclaration des accidents du travail.**

Les pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale en cas d'inobservation des règles des codes de la sécurité sociale, de la santé publique, de l'action sociale et des familles et du code rural et de la pêche maritime ont été progressivement renforcées au cours des dernières années.

C'est ainsi que la LFSS pour 2010 a expressément étendu ces sanctions au cas de non respect par les employeurs de leurs obligations s'agissant de la déclaration d'un accident de travail à l'organisme local d'assurance maladie.

Par ailleurs, l'article 93 de la LFSS pour 2011 a renforcé le dispositif en prévoyant également l'application de pénalités en cas de fausse déclaration. Le décret n° 2013-6 du 3 janvier 2013, pris pour son application, prévoit que les pénalités s'appliquent en cas de fausse déclaration ayant pour effet de minorer le montant des cotisations dues en assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT-MP).

Bien que les pénalités prévues par les dispositions de l'article L. 162-1-14 dans leur rédaction issue de ces modifications soient applicables au régime agricole, le même article 93 accorde aux seuls directeurs des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) la possibilité d'infliger les pénalités financières, sans mentionner les directeurs des caisses de mutualité sociale agricole.

Il est nécessaire d'adapter les dispositions de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale afin que ces pénalités puissent également être infligées par le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole.

- **Sur la mise à la charge de l'employeur des frais supportés par la branche AT en cas de travail dissimulé.**

L'article 93 de la LFSS pour 2011 a modifié l'article L. 471-1 du code de la sécurité sociale dans le but d'imposer à l'employeur auteur d'un délit de travail dissimulé les frais supportés en cas de sinistre par le régime ATMP. Cette mise à la charge de l'employeur se cumule pleinement avec la pénalité financière prévue en cas de fraude en matière de déclaration de l'accident du travail, mentionnée à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

Auparavant, seul l'emploi d'un travailleur en situation irrégulière au regard des conditions de régularité de séjour et de travail en France pouvait faire l'objet d'une telle imputation. En revanche, en cas de travail dissimulé, les frais supportés restaient à la charge du régime ATMP, que le lien de subordination soit de fait établi *a posteriori* ou que la régularisation intervienne à l'occasion de l'accident lui-même. Il était incohérent que l'employeur ayant eu recours au travail dissimulé soit moins responsabilisé en cas de sinistre que l'employeur ayant respecté ses obligations.

La mesure issue de l'article 93 de la LFSS pour 2011 n'avait toutefois pas été étendue aux employeurs du régime agricole. La mesure envisagée a pour objectif de réparer cette omission.

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

Mesures proposées :

Les mesures envisagées permettent d'harmoniser les dispositions du code rural et de la pêche maritime avec celles du code de la sécurité sociale concernant la fraude en matière de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et la lutte contre le travail dissimulé. Elles prévoient :

a°) D'une part, de permettre aux gestionnaires des régimes d'assurance contre les ATMP du secteur agricole de prononcer les pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 CSS en cas de non respect de l'obligation de déclaration d'un accident du travail dans le but de minorer le montant des cotisations dues par l'employeur, en prévoyant que, le cas échéant, le directeur de la CMSA se substitue au directeur de la CARSAT ;

b°) D'autre part, d'étendre au régime de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés agricoles les dispositions prévues à l'article 93-I de la LFSS pour 2011 ayant pour objet de lutter contre le travail dissimulé en mettant à la charge des employeurs auteurs d'un tel délit les frais occasionnés par un accident du travail.

Autres options possibles :

Aucune au vu de l'objectif de la mesure.

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

La mesure impacte les recettes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés 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 recettes affectées aux régimes obligatoires de base 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, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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.162-1-14 du code de la sécurité sociale et L.751-37 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, 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

En effet, il n'y a pas de régime des salariés agricoles dans les départements d'outre-mer : les salariés qui travaillent dans le secteur agricole outre-mer relèvent du régime général.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

Il s'agit d'une mesure de recettes.

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 P*	*2015*	*2016*
CCMSA/ régime			Non déterminable		

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

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

La mesure permet d'étendre aux directeurs de CMSA la possibilité d'infliger les sanctions financières prévues par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale en cas de non respect par l'employeur de ses obligations en matière de déclaration d'un accident du travail, notamment dans le but de minorer le montant des cotisations dues. Par ailleurs, elle étend aux employeurs agricoles l'imputation de la charge induite par un accident du travail en cas de travail dissimulé.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

a) impact sur les personnes physiques

La mesure protège les salariés agricoles en permettant de sanctionner les employeurs défaillants quant au respect de leurs obligations sociales.

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

La mesure est appliquée par les caisses de mutualité sociale agricole.

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

Aucun.

d) impact budgétaire

Aucun

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens en personnels de la mutualité sociale agricole, sans recrutement supplémentaire.

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

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

Décret en Conseil d'Etat (pour la mesure modifiant l'article L. 161-2-14 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 est applicable au 1er janvier 2014.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses de mutualité sociale agricole assureront l'information des personnes concernées.

5. Suivi de la mise en oeuvre

3. 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.

4. si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non. La Caisse centrale de MSA assurera néanmoins un suivi de la mise en œuvre de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.751-37 *actuel* du code rural et de la pêche maritime	**Article L.751-37 *modifié* du code rural et de la pêche maritime**
La caisse de mutualité sociale agricole poursuit auprès de l'employeur de toute personne étrangère travaillant ou ayant travaillé pour le compte de celui-ci sans satisfaire aux conditions de régularité de séjour et de travail définies par le décret mentionné à l'article L. 115-6 du code de la sécurité sociale le remboursement de la totalité des dépenses qu'elle supporte pour cette personne au titre du présent chapitre.	La caisse de mutualité sociale agricole poursuit auprès de l'employeur de toute personne étrangère travaillant ou ayant travaillé pour le compte de celui-ci sans satisfaire aux conditions de régularité de séjour et de travail définies par le décret mentionné à l'article L. 115-6 du code de la sécurité sociale le remboursement de la totalité des dépenses qu'elle supporte pour cette personne au titre du présent chapitre. **Il en est de même lorsque la victime se trouvait en situation de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail.** **Dans les cas visés au présent article ainsi qu'à l'article L. 751-36, la caisse de mutualité sociale agricole peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.**
Article L.162-1-14 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L.162-1-14 *modifié* du code de la sécurité sociale**
I- Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 : 1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ; 2° Les employeurs ; 3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ; 4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée. II. - La pénalité mentionnée au I est due pour : 1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une	I. - Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ~~ou~~ de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 **ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des professions agricoles** : 1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ; 2° Les employeurs ; 3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ; 4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée. II. - La pénalité mentionnée au I est due pour : 1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action

demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ; 2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant le service des prestations ; 3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ; 4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ; 5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17, L. 162-1-20 et L. 315-1 ; 6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ; 7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ; 8° Le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que le patient ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier médical personnel ; 9° Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ; 10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée. III. - Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes	sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ; 2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant le service des prestations ; 3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ; 4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ; 5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical ~~ou~~ de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 **ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des professions agricoles** dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17, L. 162-1-20 et L. 315-1 ; 6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ; 7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ; 8° Le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que le patient ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier médical personnel ; 9° Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ; 10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité. Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. IV. - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. A l'expiration de ce délai, le directeur : 1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ; 2° Notifie à l'intéressé un avertissement, sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II ; 3° Ou saisit la commission mentionnée au V.A réception de l'avis de la commission, le directeur : a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ; b) Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application pour les assurés sociaux de l'article L. 133-4-1. Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification	III. - Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité. Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. IV. - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ~~ou,~~ de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 **ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des professions agricoles** notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. A l'expiration de ce délai, le directeur : 1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ; 2° Notifie à l'intéressé un avertissement, sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II ; 3° Ou saisit la commission mentionnée au V.A réception de l'avis de la commission, le directeur : a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ; b) Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application pour les assurés sociaux de l'article L. 133-4-1. Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une

de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits. V. - La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission. La commission mentionnée au premier alinéa du présent V apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé. VI. - Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° ou au 4° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom. La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés. VII. - En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire : 1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ; 2° Les plafonds prévus au premier alinéa du III	pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits. V. - La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie, ~~ou~~ de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 **ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des professions agricoles.** Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission. La commission mentionnée au premier alinéa du présent V apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé. VI. - Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie, ~~ou~~ plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 **ou l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des professions agricoles.** sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° ou au 4° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom. La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie, ~~ou~~ une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 **ou à l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des professions agricoles** par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés. VII. - En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire : 1° Le directeur de l'organisme local d'assurance

sont portés respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ; 3° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ; 4° Le délai mentionné au dernier alinéa du III est majoré par voie réglementaire. VII bis. - Les pénalités prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire. VIII. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	maladie, ~~ou~~ les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 **ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des professions agricoles** peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ; 2° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ; 3° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ; 4° Le délai mentionné au dernier alinéa du III est majoré par voie réglementaire. VII bis. - Les pénalités prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire. VIII. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

ARTICLE 67

PERCEPTION FRAUDULEUSE D'AIDES AU LOGEMENT VIA DES SOCIETES ECRAN

I. Présentation de la mesure

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

Le bénéfice des aides au logement n'est pas ouvert aux locataires dont le logement est la propriété d'un ascendant ou d'un descendant. Toutefois, la possession d'un bien par l'intermédiaire d'une société de personnes n'interdit pas aujourd'hui le bénéfice de ce type d'aides.

Ainsi, la jurisprudence considère que la possession d'un bien par l'intermédiaire d'une société de personnes ne remet pas en cause le versement d'aides au logement en dépit de liens familiaux existant entre le locataire et les actionnaires d'une société de personnes Le montage juridique que représente l'existence de ce type de sociétés constitue ainsi un écran entre le locataire et le réel propriétaire du bien.

Le présent article vise à modifier le code de la sécurité sociale et le code de la construction et de l'habitat afin de ne pas procéder au versement indu de prestations dès lors que le logement est la propriété directe ou indirecte de l'allocataire ou de sa famille. En effet, la proximité entre le propriétaire et l'occupant fait relever la mise à disposition du logement de l'entraide familiale.

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

Mesure proposée :

Il est proposé de modifier la formulation des articles L 542-2 et L 831-1 du code de la sécurité sociale et l'article L 351-2-1 du code de la construction et de l'habitat afin de prendre en compte l'hypothèse de l'existence d'une propriété indirecte du bien.

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

Cette mesure concourt à la maîtrise dépenses des régimes obligatoires de base, et s'inscrit notamment dans le renforcement des actions de lutte contre les fraudes aux prestations.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

Modification des articles L. 542-2 et L. 831-1 du Code de la Sécurité sociale et l'article L351-2-1 du code de la construction et de l'habitat.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

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 +)*				
	2010	***2011***	***2012***	***2013***	***2014***

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

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

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

Un décret d'application précisera le pourcentage de participation à une société de personnes, propriétaire du logement, en deçà duquel le versement des prestations sera ouvert aux allocataires.

En effet, il conviendra d'éviter de léser les allocataires dont une part de leur patrimoine, ou celui de leur famille, a été placé via des participations minoritaires dans ce type de sociétés au sein desquelles ils pourraient avoir l'occasion de trouver un logement, sans que leur position d'actionnaire n'influe sur la réalité de leur relation bailleur/locataire.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

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

Sa mise en œuvre implique tout d'abord, une clarification des formulaires d'aides au logement.

Par ailleurs, il est nécessaire que les caisses puissent identifier les personnes physiques détentrices de parts dans les sociétés propriétaires d'un logement. A cette fin, elles pourront exercer leur droit de communication auprès des services de la DGFIP, laquelle détient lesdites informations dans un fichier (TSE - Transparence Structure Ecran).

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une communication pourra être faite par les caisses assurant la gestion des aides au logement dans le cadre de l'information générale relayée aux allocataires sur les conditions ouvrant au bénéfice d'aides au logement. (Site de la CNAF et brochures d'information en centres d'accueil…)

5. Suivi de la mise en œuvre

La DSS se chargera du suivi de la mise en œuvre de cette mesure avec la CNAF.

Il pourra ensuite être rendu compte de la mise en œuvre opérationnelle de cette mesure dans le bilan annuel de contrôle et de lutte contre la fraude établis par la CNAF en application de l'article L.114-9 du code de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 542-2 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 542-2 *modifié*: du code de la sécurité sociale**
[…] L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants, ou ceux de leur conjoint ou concubin ou de toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil. […]	[…] L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement ~~appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants, ou ceux de leur conjoint ou concubin ou de toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil.~~ **dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent, d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement ou sont titulaires de parts sociales dans une société telle que définie au 1° de l'article 8 du code général des impôts, propriétaire du logement. Un décret fixe le seuil de prise en compte de la part de propriété qui ne peut excéder 1/50ème et celui de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes qui ne peut excéder 50 %.** […]
Article L. 831-1 *actuel* du code de la sécurité sociale	**Article L. 831-1 *modifié* du code de la sécurité sociale**
[…] L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants, ou ceux de leur conjoint ou concubin ou de toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil. […]	[…] ~~L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants, ou ceux de leur conjoint ou concubin ou de toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil.~~ **Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale est applicable à l'allocation de logement social**. […]
Article L351-2-1 *actuel* du code de la construction et de l'habitation	**Article L351-2-*1modifié* du code de la construction et de l'habitation**
[…] L'aide personnalisée au logement n'est pas attribuée aux personnes qui sont locataires d'un logement appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants, ou ceux de leur conjoint ou concubin ou de toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil.	[…] L'aide personnalisée au logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement ~~appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants, ou ceux de leur conjoint ou concubin ou de toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil.~~ **dont elles-mêmes, leurs conjoints,**

[…]	**concubins ou toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent, d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement ou sont titulaires de parts sociales dans une société telle que définie au 1° de l'article 8 code général des impôts, propriétaire du logement. Un décret fixe le seuil de prise en compte de la part de propriété qui ne peut excéder 1/50ème et celui de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes qui ne peut excéder 50 %.** […]

ARTICLE 68

HARMONISATION DES SANCTIONS EN MATIERE DE FRAUDE AUX PRESTATIONS SOCIALES

I. Présentation de la mesure

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

Par décision du 28 juin 2013[53], le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution l'article L.135-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), qui précisait la nature des sanctions encourues du fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale, compte tenu de l'existence de dispositions législatives sanctionnant des faits qualifiés par la loi de façon identique. Le Conseil constitutionnel a en effet dit pour droit que « la loi pénale ne saurait, pour une même infraction, instituer des peines de nature différente, sauf à ce que cette différence soit justifiée par une différence de situation en rapport direct avec l'objet de la loi ».

Compte tenu de cette décision, il apparaît nécessaire d'assurer la cohérence des dispositions qui précisent les sanctions encourues en matière de fraude aux prestations sociales et de veiller à leur bonne harmonisation.

C'est pourquoi il est proposé d'harmoniser les dispositions du code de la sécurité sociale, du code de l'action sociale et des familles, du code du travail, du code de la construction et de l'habitation, du code rural et de la pêche maritime, des lois du 27 septembre 1941 et du 31 juillet 1968, des ordonnances du 20 décembre 1996 et du 7 février 2002 relatives à Mayotte, de façon à assurer des sanctions applicables identiques pour une même infraction.

Une révision de l'ensemble du dispositif de sanctions régi par 31 textes législatifs répartis dans 6 codes différents et deux ordonnances applicables à Mayotte est ainsi proposée afin de prendre en compte les impacts, en matière de fraude sociale, de la décision du Conseil constitutionnel.
Le présent article vise à organiser le dispositif des sanctions prévues en cas de fraudes aux prestations sociales autour de deux articles du code pénal, l'article 313-2 et 441-6.

Les sanctions seront ainsi de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende et 7 ans et 750 000 euros d'amende en cas d'escroquerie constaté au préjudice d'un organisme de sécurité sociale.

2. Présentation de la mesure proposée :

Il est proposé de réduire le nombre de textes spéciaux prévus dans divers codes et lois spécifiques sanctionnant des cas particuliers de fraude aux prestations sociales et de recentrer la qualification pénale des principales fraudes aux prestations sociales autour des articles 313-2 et 441-6 du code pénal.

Par ailleurs, il est également envisagé de créer une nouvelle circonstance aggravante à l'article 313-2 relatif à l'escroquerie quand il est constaté le préjudice d'un organisme de protection sociale pour l'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu.

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

Cette mesure permet de mettre en conformité le droit applicable aux sanctions en matière de fraude aux prestations sociales suite à la décision du Conseil constitutionnel du 28 juin 2013.

Elle participe également au renforcement des actions de lutte contre les fraudes aux prestations servies par les régimes de sécurité sociale et au recouvrement des prestations indument versées.

[53] QPC n°2013-328

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, le conseil de la CNAMTS, l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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) Dispositions à modifier :

Les articles suivants seront modifiés : cf. modifications en annexe

- Les articles L.382-29, L. 481-2, L. 583-3, L. 623-1, L.821-5 et L. 831-7 du code de la sécurité sociale
- L'article L. 351-12 du code de la construction et de l'habitat
- Les articles L. 751-40 et L. 752-28 du code rural
- L'article L. 5124-1, L. 5413-1, 5429-1 du code du travail
- Les articles 313-2-5 et 441-6 du code pénal

b) Dispositions à abroger :

Les articles suivants seront abrogés :

- L'article L. 114-13 du code de la sécurité sociale
- Le troisième alinéa de l'article L. 162-36 du code de la sécurité sociale
- L'article L. 351-13 du code de la construction et de l'habitation
- Les articles L. 232-27 et L. 262-50 du code de l'action sociale et des familles
- L'article L. 5429-3 du Code du travail
- L'article 1er de la loi du 27 septembre 1941
- L'article 22-II de la loi du 31 juillet 1968

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

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)	Oui
Collectivités d'outre-mer -Mayotte -Saint-Pierre et Miquelon	 Oui Non

-Saint-Martin et Saint Barthélémy -autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Non Non

- L'article 20-10 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est modifié.
- Le troisième alinéa de l'article 10-I de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité territoriale de Mayotte est modifié.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier :

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2010 (rectificatif)	***2011 P ou R***	***2012 R***	***2013 P***	***2014 P***
	Non connu	Non connu	9,6	- 10 M€	12 M€

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

La décision du Conseil constitutionnel du 28 juin 2013 prive les organismes de sécurité sociale du recours aux sanctions pénales prévues par différents codes spécifiques.

En 2012, 9,6 millions d'euros de dommages et intérêts ont été versés aux organismes de protection sociale au titre des fraudes aux prestations sociales.

L'harmonisation des sanctions pénales telle que prévue par le présent article permet ainsi de garantir des recettes au titre du recouvrement des prestations indûment versées et également dans le cadre des dommages et intérêts versées aux organismes de sécurité victimes de fraudes aux prestations sociales.

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

b) Impacts économiques :

Sans objet

b) Impacts sociaux :

Sans objet

c) Impacts sur l'environnement :

Sans objet

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

Sans objet

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

a) Impact sur les personnes physiques :

La mesure proposée favorise une plus grande sécurité juridique et apporte une meilleure lisibilité au régime procédural applicable et aux sanctions encourues en matière de fraude aux prestations sociales. Elle permet de mieux distinguer ce qui relève de la fraude aux prestations sociales, par définition intentionnelle et pénalement répréhensible, de ce qui relève de l'abus de droit ou de l'erreur.

b) Cet article favorise également une meilleure mise en œuvre du principe d'individualisation des peines en permettant l'utilisation d'une large palette de peines prévues au code pénal. A l'appui du nouveau dispositif, les juridictions pourront mieux adapter la réponse pénale en

ayant la possibilité de recourir à des peines alternatives. Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale :

Le dispositif mis en place par cet article tend à faciliter le travail de qualification pénale de la fraude aux prestations sociales par les acteurs concernés : organismes de sécurité sociale, parquets et juridictions pénales.

Par ailleurs, la diversité des peines susceptibles d'être utilisées à l'appui des nouveaux articles 313-2-5 et 441-6 alinéa 2 favorisera un meilleur recouvrement des sommes fraudées en permettant notamment l'utilisation de peines plus contraignantes telles que l'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve avec obligation de rembourser ou encore la sanction réparation consistant à rembourser sous peine d'emprisonnement.

Cette simplification favorisera enfin l'émergence de meilleures lignes de partage entre réponses pénales et réponses apportées par les organismes de sécurité sociale en matière de fraude aux prestations sociales en permettant de recentrer l'action judiciaire sur les cas de fraude les plus graves et les plus complexes.

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 :**

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 :**

5. **Suivi de la mise en œuvre :**

La DSS et la DNLF se chargeront du suivi de la mise en œuvre de cette mesure.

Il pourra ensuite être rendu compte de la mise en œuvre opérationnelle de cette mesure dans le bilan annuel de contrôle et de lutte contre la fraude établi par les différentes caisses nationales en application de l'article L.114-9 du code de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 313-2 du code pénal	Article 313-2 modifié du code pénal
Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 750000 euros d'amende lorsque l'escroquerie est réalisée : 1° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ; 2° Par une personne qui prend indûment la qualité d'une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public ; 3° Par une personne qui fait appel au public en vue de l'émission de titres ou en vue de la collecte de fonds à des fins d'entraide humanitaire ou sociale ; 4° Au préjudice d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur.	Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 750000 euros d'amende lorsque l'escroquerie est réalisée : 1° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ; 2° Par une personne qui prend indûment la qualité d'une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public ; 3° Par une personne qui fait appel au public en vue de l'émission de titres ou en vue de la collecte de fonds à des fins d'entraide humanitaire ou sociale ; 4° Au préjudice d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur. **5° Au préjudice d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public pour l'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu.**
Article 441-6 du code pénal	**Article 441-6 modifié du code pénal**
Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. Est puni des mêmes peines le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, un paiement ou un avantage indu.	Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. Est puni des mêmes peines le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, un paiement ou un avantage indu. **Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de**

	faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu.
Article L. 114-13 du code de la sécurité sociale	**Article L. 114-13 modifié du code de la sécurité sociale**
Est passible d'une amende de 5000 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultat de l'application d'autres lois, le cas échéant.	~~Est passible d'une amende de 5000 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultat de l'application d'autres lois, le cas échéant.~~
Article L. 162-36 du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-36 modifié du code de la sécurité sociale**
Toute pharmacie, quel qu'en soit le statut, et, d'une manière générale, toute personne physique ou morale délivrant des produits ou articles donnant lieu à remboursement au titre de l'assurance maladie ou maternité est tenue de mentionner sur les feuilles de maladie ou les documents en tenant lieu, ainsi que sur les ordonnances médicales correspondantes, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant, le cas échéant, le montant ou le taux de la réduction accordée. A défaut de ces indications, aucun remboursement n'est effectué par l'organisme de sécurité sociale. Les auteurs de fraudes ou de fausses déclarations, faites à l'occasion de l'application des dispositions mentionnées au premier alinéa, sont passibles des sanctions prévues à l'article L. 114-13, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.	Toute pharmacie, quel qu'en soit le statut, et, d'une manière générale, toute personne physique ou morale délivrant des produits ou articles donnant lieu à remboursement au titre de l'assurance maladie ou maternité est tenue de mentionner sur les feuilles de maladie ou les documents en tenant lieu, ainsi que sur les ordonnances médicales correspondantes, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant, le cas échéant, le montant ou le taux de la réduction accordée. A défaut de ces indications, aucun remboursement n'est effectué par l'organisme de sécurité sociale. ~~Les auteurs de fraudes ou de fausses déclarations, faites à l'occasion de l'application des dispositions mentionnées au premier alinéa, sont passibles des sanctions prévues à l'article L. 114-13, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet~~.
Article L. 382-29 du code de la sécurité sociale	**Article modifié L. 382-29 du code de la sécurité sociale**
Les dispositions des articles L.173-7, L.216-1, L.114-10, L.217-1, L.217-2, L.231-12, L.243-4 à L.243-6, L.244-5, L.244-7, L.244-9 à L.244-11, L.244-13, L.244-14, L.256-1, L.256-3, L.256-4, L.272-1, L.272-2 L.281-3, L.351-14-1, L.355-2, L.355-3, L.114-13, L.377-2 et L.377-4 sont applicables dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions de la présente section aux personnes, collectivités ou organismes mentionnés à la présente section (relative à l'assurance vieillesse des ministres du culte et membre des congrégations religieuses)	Les dispositions des articles L.173-7, L.216-1, L.114-10, L.217-1, L.217-2, L.231-12, L.243-4 à L.243-6, L.244-5, L.244-7, L.244-9 à L.244-11, L.244-13, L.244-14, L.256-1, L.256-3, L.256-4, L.272-1, L.272-2 L.281-3, L.351-14-1, L.355-2, L.355-3, ~~L.114-13,~~ L.377-2 et L.377-4 sont applicables dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions de la présente section aux personnes, collectivités ou organismes mentionnés à la présente section (relative à l'assurance vieillesse des ministres du culte et membre des congrégations religieuses)

Article L. 481-2 du code de la sécurité sociale	Article L. 481-2 modifié du code de la sécurité sociale
Sans préjudice des pénalités prévues à l'article L.114-13 et des peines plus élevées résultant d'autres lois s'il y échet, le bénéficiaire d'une rééducation professionnelle est tenu au remboursement des sommes qu'il aurait indûment perçues à la suite de toute déclaration inexacte ou incomplète.	Sans préjudice ~~des pénalités prévues à l'article L.114-13~~ **des sanctions pénales encourues** et des peines plus élevées résultant d'autres lois s'il y échet, le bénéficiaire d'une rééducation professionnelle est tenu au remboursement des sommes qu'il aurait indûment perçues à la suite de toute déclaration inexacte ou incomplète.
Article L. 583-3 du code de la sécurité sociale	**Article L. 583-3 modifié du code de la sécurité sociale**
Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul des prestations familiales, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes débiteurs de prestations familiales selon les modalités de l'article L. 114-14. La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17. Lorsque ces informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires, les demandeurs ou les bailleurs les communiquent par déclaration aux organismes débiteurs de prestations familiales. Ces organismes contrôlent les déclarations des allocataires ou des demandeurs, notamment en ce qui concerne leur situation de famille, les enfants et personnes à charge, leurs ressources, le montant de leur loyer et leurs conditions de logement. Ils peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation mentionnée à l'article L. 542-1 est perçue.	Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul des prestations familiales, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes débiteurs de prestations familiales selon les modalités de l'article L. 114-14. **Sans préjudice des sanctions pénales encourues,** la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues ~~aux articles L. 114-13 et~~ **à l'article** L. 114-17. Lorsque ces informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires, les demandeurs ou les bailleurs les communiquent par déclaration aux organismes débiteurs de prestations familiales. Ces organismes contrôlent les déclarations des allocataires ou des demandeurs, notamment en ce qui concerne leur situation de famille, les enfants et personnes à charge, leurs ressources, le montant de leur loyer et leurs conditions de logement. Ils peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation mentionnée à l'article L. 542-1 est perçue.
Article L. 623-1 du code de la sécurité sociale	**Article L. 623-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Pour les professions non agricoles, sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application des titres II, III et IV du présent livre [relatif au régime des travailleurs non salariés], et sous réserve des dispositions particulières dudit livre, les articles L. 211-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 231-5, L. 231-6-1 (1°), L. 231-12, L. 243-4, L. 243-5 et L. 243-6-2, L. 243-9 et L. 243-11, L. 243-14, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-14, L. 256-3, L. 272-1 et L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 353-3, L. 355-2, L. 355-3, L. 114-13 et L. 377-2.	Pour les professions non agricoles, sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application des titres II, III et IV du présent livre [relatif au régime des travailleurs non salariés], et sous réserve des dispositions particulières dudit livre, les articles L. 211-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 231-5, L. 231-6-1 (1°), L. 231-12, L. 243-4, L. 243-5 et L. 243-6-2, L. 243-9 et L. 243-11, L. 243-14, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-14, L. 256-3, L. 272-1 et L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 353-3, L. 355-2, L. 355-3 ~~,~~ ~~L. 114-13~~ et L. 377-2.

Article L. 821-5 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. 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.	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.
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. 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'État. 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.	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'État. 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.
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 L. 831-7 du code de la sécurité sociale	**Article modifié L. 831-7 du code de la sécurité sociale**
Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de l'allocation de logement, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes et services chargés du paiement de cette allocation selon les modalités de l'article	Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de l'allocation de logement, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes et services chargés du paiement de cette allocation selon les

L. 114-14. La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17. Lorsque les informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires, les demandeurs ou les bailleurs les communiquent par déclaration aux organismes chargés du paiement de cette allocation. Ces organismes peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation de logement est perçue. Ces organismes sont également habilités à faire vérifier sur place si le logement satisfait aux exigences visées au premier alinéa de l'article L. 831-3. Le maire ou toute association de défense des droits des locataires affiliée à une association siégeant à la Commission nationale de concertation peuvent, s'il est porté à leur connaissance l'existence d'un immeuble ou d'un groupe d'immeubles habités ne satisfaisant pas aux exigences de décence telles que définies par l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, saisir les organismes et services chargés du paiement de l'allocation. Le même droit est reconnu à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Le contrôle des déclarations des demandeurs ou des bénéficiaires de l'allocation de logement ou des bailleurs est assuré par le personnel assermenté desdits organismes.	modalités de l'article L. 114-14. **Sans préjudice des sanctions pénales encourues**, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues ~~aux articles L. 114-13 et~~ **à l'article** L. 114-17. Lorsque les informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires, les demandeurs ou les bailleurs les communiquent par déclaration aux organismes chargés du paiement de cette allocation. Ces organismes peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation de logement est perçue. Ces organismes sont également habilités à faire vérifier sur place si le logement satisfait aux exigences visées au premier alinéa de l'article L. 831-3. Le maire ou toute association de défense des droits des locataires affiliée à une association siégeant à la Commission nationale de concertation peuvent, s'il est porté à leur connaissance l'existence d'un immeuble ou d'un groupe d'immeubles habités ne satisfaisant pas aux exigences de décence telles que définies par l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, saisir les organismes et services chargés du paiement de l'allocation. Le même droit est reconnu à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Le contrôle des déclarations des demandeurs ou des bénéficiaires de l'allocation de logement ou des bailleurs est assuré par le personnel assermenté desdits organismes.
Article L. 351-12 alinéa 2 du code de la construction et de l'habitat	**Article L. 351-12 alinéa 2 modifié du code de la construction et de l'habitat**
2°- La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent le bénéficiaire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L 114-13 et L 114-17 du code de la sécurité sociale.	2°- **Sans préjudice des sanctions pénales encourues,** la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent le bénéficiaire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues ~~aux articles L.114-13 et~~ **à l'article** L. 114-17 du code de la sécurité sociale.
Article L. 351-13 du code de la construction et de l'habitat	**Article L. 351-13 modifié du code de la construction et de l'habitat**
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, faire obtenir ou tenter d'obtenir ou de faire obtenir l'aide personnalisée au logement est puni de l'amende prévue à l'article L 114-13 du code de la sécurité	~~Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, faire obtenir ou tenter d'obtenir ou de faire obtenir l'aide personnalisée au logement est puni de l'amende prévue à l'article L 114-13 du code de la sécurité sociale. Le tribunal ordonne, en outre, le~~

sociale. Le tribunal ordonne, en outre, le remboursement des sommes indûment versées. S'il s'agit d'un administrateur de biens, les peines applicables sont un emprisonnement de 6 mois et une amende de 18 000. Le Tribunal peut, en outre, dans les cas prévus aux deux alinéas qui précèdent, prononcer pour une durée n'excédant pas 2 ans l'interdiction de passer les conventions prévues au chapitre 3.	~~remboursement des sommes indûment versées.~~ ~~S'il s'agit d'un administrateur de biens, les peines applicables sont un emprisonnement de 6 mois et une amende de 18 000. Le Tribunal peut, en outre, dans les cas prévus aux deux alinéas qui précèdent, prononcer pour une durée n'excédant pas 2 ans l'interdiction de passer les conventions prévues au chapitre 3.~~
Article L. 751-40 du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 751-40 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Les pénalités prévues aux articles L.114-13, L.471-2 et L.471-4 du code de la sécurité sociale sont applicables en cas d'agissements identiques ayant lieu dans le cadre de l'application du présent chapitre. (concernant l'assurance obligatoire des salariés des professions agricoles en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles)	Les pénalités prévues aux articles ~~L.114-13,~~ L.471-2 et L.471-4 du code de la sécurité sociale sont applicables en cas d'agissements identiques ayant lieu dans le cadre de l'application du présent chapitre. (concernant l'assurance obligatoire des salariés des professions agricoles en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles)
Article L. 752-28 du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 752-28 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Les pénalités prévues aux articles L.114-13, L.471-2, à l'exception du 2°) et L.471-4 ainsi que les dispositions de l'article L.482-4 du code de la sécurité sociale sont applicables à l'assurance prévue au présent chapitre (relatif à l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non – salariés agricoles et des personnes mentionnées à l'article L.731-23)	Les pénalités prévues aux articles ~~L.114-13,~~ L.471-2, à l'exception du 2°) et L.471-4 ainsi que les dispositions de l'article L.482-4 du code de la sécurité sociale sont applicables à l'assurance prévue au présent chapitre (relatif à l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non – salariés agricoles et des personnes mentionnées à l'article L.731-23)
Article L. 232-27 du code de l'action sociale et des familles	**Article L. 232-27 modifié du code de l'action sociale et des familles**
Sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées mentionnées au deuxième alinéa de l'article L 232-25 le fait d'avoir perçu l'allocation instituée par le présent chapitre (APA) est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du code pénal.	~~Sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées mentionnées au deuxième alinéa de l'article L 232-25 le fait d'avoir perçu l'allocation instituée par le présent chapitre (APA) est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du code pénal.~~
Article L. 262-50 du code de l'action sociale et des familles	**Article L. 262-50 modifié du code de l'action sociale et des familles**
Sans préjudice de la constitution éventuelle du délit défini et sanctionné aux articles 313-1 et 313-3 du code pénal, le fait de se rendre coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, faire obtenir ou tenter de faire obtenir le RSA est passible de l'amende prévue à l'article L. 114-13 du code de la sécurité sociale.	~~Sans préjudice de la constitution éventuelle du délit défini et sanctionné aux articles 313-1 et 313-3 du code pénal, le fait de se rendre coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, faire obtenir ou tenter de faire obtenir le RSA est passible de l'amende prévue à l'article L 114-13 du code de la sécurité sociale.~~

Article L. 5124-1 du code du travail	Article L. 5124-1 modifié du code du travail
Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie, défini et sanctionné aux articles 313-1 et 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 est puni d'une amende de 4000 €. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations est puni de la même peine.	Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie, défini et sanctionné aux articles 313-1, **313-2 5°,** 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 est puni ~~d'une amende de 4000 €~~ **des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal.** Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations est puni de la même peine.
Article L. 5429-1 du code du travail	**Article L. 5429-1 modifié du code du travail**
Sous réserve de la constitution éventuelle du délit d'escroquerie défini et sanctionné aux articles 313-1 et 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations d'aide aux travailleurs privés d'emploi définies au présent livre, y compris la prime forfaitaire instituée par l'article L. 5425-3 est puni d'une amende de 4000 €. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement les allocations et la prime susmentionnée est puni de la même peine.	Sous réserve de la constitution éventuelle du délit d'escroquerie défini et sanctionné aux articles 313-1, **313-2 5°,** 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations d'aide aux travailleurs privés d'emploi définies au présent livre, y compris la prime forfaitaire instituée par l'article L. 5425-3 est puni ~~d'une amende de 4000 €~~ **des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal.** Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement les allocations et la prime susmentionnée est puni de la même peine.
Article L. 5413-1 du code du travail	**Article L. 5413-1 modifié du code du travail**
Le fait d'établir de fausses déclarations ou de fournir de fausses informations pour être inscrit ou demeurer inscrit sur la liste des demandeurs d'emploi mentionnée à l'article L. 5411-1 est puni d'une amende de 3750 euros.	Le fait d'établir de fausses déclarations ou de fournir de fausses informations pour être inscrit ou demeurer inscrit sur la liste des demandeurs d'emploi mentionnée à l'article L. 5411-1 est puni ~~d'une amende de 3750 euros~~ **des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal.**
Article L. 5429-3 du code du travail	**Article L. 5429-3 modifié du code du travail**
Le fait de se rendre coupable de fraudes ou de fausses déclarations pour obtenir ou tenter de faire obtenir par suite d'intempéries des indemnités, prévues à la section 2 du chapitre IV, qui ne sont pas dues est puni d'une peine emprisonnement de 3 mois et d'une amende de 3750 €.	~~Le fait de se rendre coupable de fraudes ou de fausses déclarations pour obtenir ou tenter de faire obtenir par suite d'intempéries des indemnités, prévues à la section 2 du chapitre IV, qui ne sont pas dues est puni d'une peine emprisonnement de 3 mois et d'une amende de 3750 €.~~
Article 10-1 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité territoriale de Mayotte	**Article 10-1 modifié de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité territoriale de Mayotte**
Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation de l'enfant handicapé si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux fixé par	Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation de l'enfant handicapé si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux fixé par décret.

décret. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est attribuée au vu de la décision de la commission prévue à l'article L.545-2 du code de l'action sociale et des familles appréciant si l'état de l'enfant ou de l'adolescent justifie cette attribution. Les articles L. 114-13 et L. 581-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.	L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est attribuée au vu de la décision de la commission prévue à l'article L.545-2 du code de l'action sociale et des familles appréciant si l'état de l'enfant ou de l'adolescent justifie cette attribution. ~~Les articles L. 114-13 et~~ **L'article** L. 581-1 du code de la sécurité sociale ~~sont~~ **est** applicables à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.
Article 20-10 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	**Article 20-10 modifié de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte**
Les articles L.114-13 et L. 377-2 à L. 377-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations instituées par la présente section.	**Sans préjudice des sanctions pénales encourues,** les articles ~~L.114-13 et~~ L. 377-2 à L. 377-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations instituées par la présente section.
Article 1 de la loi du 27 septembre 1941 relative aux déclarations inexactes des créanciers de l'Etat ou des collectivités publiques	**Article 1 modifié de la loi du 27 septembre 1941 relative aux déclarations inexactes des créanciers de l'Etat ou des collectivités publiques**
Quiconque aura souscrit une déclaration sciemment inexacte ou incomplète en vue d'obtenir de l'État, des départements, des communes ou des collectivités publiques, un paiement ou avantage quelconque indu ou paiement en fraude des droits d'un créancier régulièrement nanti ou opposant sera puni d'un emprisonnement de 5 ans et de 3750 euros d'amende ou de l'une seulement de ces peines.	~~Quiconque aura souscrit une déclaration sciemment inexacte ou incomplète en vue d'obtenir de l'État, des départements, des communes ou des collectivités publiques, un paiement ou avantage quelconque indu ou paiement en fraude des droits d'un créancier régulièrement nanti ou opposant sera puni d'un emprisonnement de 5 ans et de 3750 euros d'amende ou de l'une seulement de ces peines.~~
Article 22-II de la loi du 31 juillet 1968	**Article 22-II modifié de la loi du 31 juillet 1968**
Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'État, des collectivités locales, de l'un des services ou organismes visés au paragraphe 4, un paiement ou avantage quelconque indu sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 60.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement.	~~Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'État, des collectivités locales, de l'un des services ou organismes visés au paragraphe 4, un paiement ou avantage quelconque indu sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 60.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement.~~