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

PLFSS 2016

SOMMAIRE

PLFSS 2016 - Annexe 10

ARTICLE 3 – Disposition fixant la dotation à l'ONIAM et au FMESPP 5

ARTICLE 4 – Simplification des dispositifs de régulation des dépenses de médicaments (clause de sauvegarde et contribution due au titre de l'hépatite C) 9

ARTICLE 7 – Elargissement du champ de la réduction de cotisation patronale famille 19

ARTICLE 8 - Suppression progressive de la contribution sociale de solidarité des sociétés (étape 2 du Pacte de responsabilité et de solidarité) 25

ARTICLE 9 – Modification du dispositif d'exonérations de cotisations sociales patronales dans les outre-mer (LODEOM) 33

ARTICLE 10 – Suppression des dispositifs d'exonérations sociales applicables aux bassins d'emplois à redynamiser (BER), aux zones de restructuration de la défense (ZRD) et aux zones de revitalisation rurale (ZRR) 44

ARTICLE 11– Proportionnalité du redressement en matière de protection sociale complémentaire 55

ARTICLE 12 – Délégation aux URSSAF du recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales 61

ARTICLE 13 – Renforcement des options de lissage des revenus professionnels des non-salariés agricoles soumis à cotisations sociales 67

ARTICLE 14 – Report à 2020 de l'obligation de bascule au régime micro-social des personnes relevant du régime micro-fiscal au 31 décembre 2015 75

ARTICLE 15. – Transferts de recettes entre organismes et branches de la sécurité sociale 82

ARTICLE 16 - Mobilisation des excédents du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) 107

ARTICLE 17 – Aménagement du calendrier de reprise des déficits par la CADES 110

ARTICLE 18 – Intégration au régime général du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du grand port maritime de Bordeaux 116

ARTICLE 19 – Affiliation à la sécurité sociale des gens de mer embarqués à bord de navires battant pavillon étranger et résidant en France 122

ARTICLE 20 – Architecture financière de la protection universelle maladie 127

ARTICLE 21 - Sélection des contrats d'assurance maladie complémentaire pour les plus de 65 ans 153

ARTICLE 22 - Adaptation de la généralisation de la couverture complémentaire en matière de frais de santé pour les contrats courts et les temps très partiels 158

ARTICLE 23 - Prorogation d'un an de la contribution des organismes assurant la couverture complémentaire en santé prévue à l'avenant n° 8 de la convention médicale 165

ARTICLE 24 - Fixation du taux L (clause de sauvegarde) et du montant W (contribution due au titre de l'hépatite C) pour 2016 170

ARTICLE 31 – Généralisation d'une garantie contre les impayés de pensions alimentaires (GIPA) 174

ARTICLE 32 – Transfert aux CAF de la gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires dans les départements d'outre-mer 180

Article 33 - Extension de l'ASF et du CMG à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon 186

ARTICLE 35 - Prise en compte de certaines périodes de chômage des marins au titre de l'assurance vieillesse 193

ARTICLE 37 – Dispositions relatives aux dotations de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles 197

ARTICLE 38 – Création d'une protection universelle maladie 203

ARTICLE 40 – Protection sociale des victimes d'actes de terrorisme 283

ARTICLE 41 - Suppression de la participation financière de la mineure pour les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif 288

ARTICLE 43 – Accès aux soins visuels 293

ARTICLE 43 –Expérimentation relative à la prévention de l'obésité chez les jeunes enfants 299

ARTICLE 44 - Suite donnée à l'expérimentation conduite par l'ARS Pays de la Loire sur la permanence des soins ambulatoires 303

ARTICLE 45 – Pérennisation du financement des actes prévus dans les protocoles de coopération 308

ARTICLE 46 – Modification du financement des dépenses de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et couverture AT-MP 317

ARTICLE 47 – Mesures relatives aux établissements et services médico-sociaux : passage en dotation globale de financement et réduction du délai de facturation 331

ARTICLE 48 - Report de la réforme de la participation financière de l'assuré aux frais d'hospitalisation 336

Article 49 - Réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation 341

ARTICLE 50 – Simplification des dispositifs contractuels entre les établissements de santé et les ARS 357

ARTICLE MO18 - Amélioration de la fiabilité des données issues des études nationales de coûts (ENC) 369

ARTICLE 52 – Réforme des cotisations des professionnels de santé affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) 374

ARTICLE 53 - Fixation du montant de la participation au titre de l'exercice 2016 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP, de l'ONIAM, de l'EPRUS ; contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs 383

ARTICLE 57 – Réforme des modalités de revalorisation des prestations de sécurité sociale 388

ARTICLE 58 - Renforcement des mutualisations entre organismes, branches et régimes de la sécurité sociale 398

ARTICLE 59 - Extension des dispositions applicables dans le cadre de la lutte contre la fraude à tous les régimes 404

ARTICLE 60 – Exclusion des sommes issues de fraudes sociales des procédures collectives 412

ARTICLE 61. – Elargir les sources de détection des fraudes sociales 417

ANNEXE – Avis des différents conseils consultés 428

ARTICLE 3 – Disposition fixant la dotation à l'ONIAM et au FMESPP

I. Présentation de la mesure

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

Les engagements pris dans le cadre du pacte de stabilité impliquent un effort d'économies supplémentaires sur l'ensemble de l'ONDAM 2015 pour un montant total de 425 M€. La dotation FMESPP participe à cet effort à hauteur de 50M€.

En application du 1° de l'article L 1142-23 du code de la santé publique modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV). La présente mesure a également pour objet de réduire la dotation de l'office pour 2015 initialement fixée à 115 M€ par l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

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

a) Mesure proposée en ce qui concerne le FMESPP

La mesure rectifie à la baisse, d'un montant de 50 M€, la dotation des régimes d'assurance maladie obligatoire au FMESPP pour l'année 2015. La dotation rectifiée s'élève à 230,6 M€ au lieu des 280,6 M€ initialement votés dans la LFSS pour 2015.

b) Mesure proposée en ce qui concerne l'ONIAM

Les dépenses pour 2015 à la charge de l'assurance Maladie sont estimées à 107,8 M€ (contre 146,6 M€ initialement), dont :

- 88,9 M€ au titre des indemnisations (dont dotations aux provisions) ;
- 6,3 M€ de dépenses de personnel ;
- 3,5 M€ de dépenses de fonctionnement ;
- 9,1 M€ de frais d'avocats et d'expertises.

Les autres produits de l'office (hors dotation de l'Etat et de l'assurance maladie) sont estimés pour 2015 à 27 M€ (dont 18 M€ au titre des reprises sur provisions et 9 M€ au titre des ressources propres). Il est proposé d'abaisser la dotation de l'assurance maladie, initialement fixée à 115 M€, à 83 M€. Ainsi le résultat cumulé total fin 2015 s'établira à 42,4 M€, ce qui assure à l'office une réserve prudentielle suffisante.

c) Autres options possibles

Aucune compte tenu de l'objet de la mesure.

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

La mesure affecte les dépenses des régimes d'assurance maladie et relève de la partie de la loi de financement de la sécurité sociale relative à l'année en cours, en application des dispositions du A du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Cette mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Sans objet.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
Assurance maladie du régime général	+82				

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

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

La mesure est gérée avec les moyens existants.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Dans le rapport d'activité annuel de l'office figurent notamment les délais de traitement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, les délais moyens de présentation d'une offre par l'ONIAM, le nombre d'offres faites et l'évolution du nombre de dossiers non encore traités.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 74 actuel de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015	**Article 74 modifié de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015**
I ;- 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 mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 280,6 millions d'euros pour l'année 2015. II. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 115 millions d'euros pour l'année 2015. (…)	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 mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à ~~*280,6*~~ **230,6** millions d'euros pour l'année 2015. II. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à ~~*115*~~**83** millions d'euros pour l'année 2015. (…)

ARTICLE 4 – Simplification des dispositifs de régulation des dépenses de médicaments (clause de sauvegarde et contribution due au titre de l'hépatite C)

I. Présentation de la mesure

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

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 a réformé la contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables (article L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale), dite « clause de sauvegarde », et a instauré une contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments dédiés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (article L. 138-19-1 et suivants du code de la sécurité sociale), dite « contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C », en cas de dépassement d'un montant de référence (W) et d'un taux de croissance supérieur à 10% du chiffre d'affaires de ces produits. Cette dernière a été créée de manière provisoire pour 3 ans (2014 à 2016) et un rapport devra être remis au Parlement lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Au titre de la clause de sauvegarde

Les entreprises sont exonérées de la clause de sauvegarde quand elles signent une convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), si cette convention respecte certaines conditions. Les entreprises consentent alors à accepter certaines baisses de prix et payer des remises quantitatives. Ces dernières doivent garantir un rendement à hauteur d'au moins 80% de ce qui aurait été dû en vertu de l'application stricte de la clause de sauvegarde.

L'assiette de la contribution consiste en la part du chiffre d'affaires, net de remises, des médicaments remboursables de l'ensemble des entreprises du secteur, qui dépasse un certain seuil déterminé en appliquant le taux de croissance cible, taux L, au chiffre d'affaires de l'année précédente, net des remises (y compris celle due au titre de L en année N-1). Sont exonérés les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 30M€ et les médicaments génériques.

La contribution concerne le chiffre d'affaires des médicaments remboursés en ville ou rétrocédables par les établissements hospitaliers, les produits utilisés à l'hôpital et remboursés en sus des prestations d'hospitalisation (liste en sus) ainsi que les médicaments pris en charge de manière dérogatoire au titre de leur autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou pendant la période qui couvre de la fin de l'ATU à la décision de remboursement (période dite « post-ATU »).

Le taux L est déterminé annuellement en LFSS et a été fixé à -1% au titre de 2015 afin de garantir l'atteinte de l'objectif de stabilité des dépenses de médicaments remboursés.

Compte tenu des évolutions du dispositif votées en LFSS pour 2015 (du taux K au taux L), les pouvoirs publics ont initié dès le début de l'année 2015 des travaux avec l'ensemble des acteurs concernés (industriels, comité économique des produits de santé, ACOSS) afin d'élaborer les outils nécessaires à l'éventuelle mise en œuvre de ce dispositif au titre de l'année 2015.

Ces travaux ont été conduits avec l'appui d'une mission de l'Inspection générale des finances et ont permis d'identifier quelques points à faire évoluer dans le dispositif de manière à lui conférer davantage de prévisibilité pour les industriels. Par ailleurs, des pistes de simplifications ont été identifiées, pour lesquelles une évolution législative est souhaitable dès l'année 2015, au cas où le mécanisme se déclencherait.

Au titre du dispositif de régulation des dépenses d'assurance maladie pour le financement des nouveaux traitements contre l'hépatite C

L'émergence rapide, en 2014, de nouveaux traitements innovants de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C a conduit le Parlement à adopter, dans la partie rectificative de la LFSS pour 2015, un mécanisme provisoire (2014 à 2016) de contribution spécifique pour les médicaments de l'hépatite C, afin de rendre la progression des dépenses de médicament relatives à ces traitements compatible avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce mécanisme est déclenché par la survenance de deux conditions cumulatives :

- les chiffres d'affaires issus de l'exploitation des médicaments destinés au traitement de la pathologie, dont la liste est définie par la Haute Autorité de Santé, en année N, sont supérieurs à un montant plafond appelé W, défini dans la LFSS pour l'année considérée ;

- le taux de croissance de ces mêmes chiffres d'affaires est supérieur à 10%.

Les chiffres d'affaires considérés sont nets des remises (y compris celles dues au titre de W en année N-1).

Compte tenu de la progressive montée en charge des nouveaux traitements de l'hépatite C, le montant W a été fixé à 450M€ au titre de 2014 et à 700M€ en 2015.

La mise en œuvre du dispositif en 2014 ainsi que les travaux menés dans le cadre de la clause de sauvegarde ont conduit à identifier quelques points de simplification et de clarification du dispositif, qu'il est souhaitable de rendre applicables dès l'année 2015.

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

a) Mesure proposée

Au titre de la clause de sauvegarde

Des ajustements sont proposés afin d'améliorer la prévisibilité du dispositif pour les industriels :

- Clarification du statut des médicaments compris dans le périmètre de l'assiette : il est proposé que le statut pris en compte (médicament orphelin ou générique sous tarif forfaitaire de responsabilité) pour l'assiette de N soit celui en vigueur au 31 décembre N plutôt qu'au fil de l'eau. De plus, dès lors qu'un médicament a une indication orpheline, il est proposé de prendre en compte la notion de médicament orphelin par produit et non plus par indication. Ces simplifications visent à sécuriser les industriels dans leurs prévisions en cours d'année ;
- Régularisation de la contribution : il est proposé de limiter la régularisation à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due. Cela évite des régularisations en série en cas de fixation tardive du prix d'un produit ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ;
- Afin de conserver une incitation forte à la vie conventionnelle, il est proposé d'autoriser un laboratoire à conventionner avec le CEPS pour le versement de remises exonératoires de la contribution L y compris lorsqu'une part très faible de ses produits a fait l'objet d'une fixation unilatérale par le CEPS (le seuil proposé consiste en 90% au moins du chiffre d'affaires du laboratoire faisant l'objet d'une convention).

Par ailleurs, des ajustements ponctuels sont proposés pour clarifier le dispositif et en simplifier la mise en œuvre :

- Calendrier : afin de laisser le temps nécessaire au CEPS pour finaliser le calcul des remises dues au titre de l'année N, le calendrier de déclaration à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est reporté d'un mois, soit au 1er avril. En conséquence, la date limite de versement de la contribution est reportée au 1er juillet ;
- Groupe d'entreprises : la notion de groupe n'entrera plus en compte, chaque entreprise exploitant un médicament sera donc regardée comme une entreprise au sens de l'article L. 138-10 CSS et habilitée à signer un avenant conventionnel avec le CEPS (comme c'est le cas pour la négociation de chacun de leurs produits) ;
- Champ des remises prises en compte dans l'assiette : le champ des remises déduites de l'assiette de chiffre d'affaires est élargi aux remises mentionnées aux articles L. 162-22-7-1 et L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale (remises dues en cas de fixation d'une enveloppe unilatérale par le CEPS) de manière à ce que l'ensemble des remises relevant de la compétence du CEPS soient prises en compte dans l'assiette ;
- Garantie de rendement : il est proposé de clarifier les modalités selon lesquelles est contrôlée la garantie de rendement en cas de conventionnement CEPS : en effet, la rédaction actuelle évoque « les remises payées » au titre de L, ce qui apparaît comme une source possible de confusion.

Au titre du dispositif de régulation des dépenses d'assurance maladie pour le financement des nouveaux traitements contre l'hépatite C

L'objet de la présente mesure est de proposer trois ajustements ponctuels afin de clarifier le dispositif sur les points suivants :

- Groupe d'entreprises : comme pour la mesure liée au taux L présentée plus haut, chaque entreprise exploitant un médicament sera regardée comme une entreprise et donc habilitée à signer un avenant conventionnel avec le CEPS ;
- Champ des remises prises en compte dans l'assiette : il est proposé d'inclure, le cas échéant, les remises mentionnées à l'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale (remises dues en cas de fixation d'une enveloppe unilatérale par le CEPS) dans le calcul du chiffre d'affaires net de remises de manière à ce que l'ensemble des remises relevant de la compétence du CEPS soient prises en compte dans l'assiette ;
- Garantie de rendement : il s'agit de la même clarification que celle présentée plus haut pour le taux L.

b) Autres options possibles

Néant.

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

Le produit de ces contributions sur les médicaments est affecté au financement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). De même, les remises conventionnelles viennent impacter les recettes de l'assurance maladie.

Les mesures ont donc un effet sur les recettes du régime concerné et sont relatives, en tout ou partie, à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des contributions affectées à ce régime obligatoire de base.

Elles relèvent ainsi du 1° et du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale et prennent place dans la 3e partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Les modifications rédactionnelles sont codifiées aux articles L. 138-10 et suivants ainsi que L. 138-19-1 et suivants.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune disposition n'est abrogée.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Au titre de la clause de sauvegarde

Pour mémoire, il n'est pas attendu de rendement de la clause de sauvegarde en 2015. En effet, cette mesure est de nature incitative et ne représentera une ressource pour l'assurance maladie que si les mesures d'économies mises en œuvre (baisses de prix, maîtrise médicalisée, lutte contre la iatrogénie) et la régulation du coût des traitements de l'hépatite C par le mécanisme W, le cas échéant, ne permettent pas d'atteindre l'objectif posé par la clause de sauvegarde. La mesure propose des ajustements rédactionnels qui visent à accroître la prévisibilité du dispositif pour les industriels et à en clarifier et simplifier la mise en œuvre. Aucune modification du rendement dû au titre de 2015, le cas échéant, n'est donc attendue.

Au titre du dispositif de régulation des dépenses d'assurance maladie pour le financement des nouveaux traitements contre l'hépatite C

Compte tenu des données actuelles sur le nombre de patients traités et les prix des produits, ce dispositif devrait à nouveau se déclencher au titre de l'année 2015, avec un rendement estimé inférieur à 60M€. La mesure propose des ajustements rédactionnels qui visent à clarifier la mise en œuvre du dispositif. Aucune modification du rendement dû au titre de 2015 n'est donc attendue.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
CNAMTS	0	0	0	0	0

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

a) impacts économiques

En regard du dispositif actuel, ces mesures n'auront pas d'impact additionnel, si ce n'est d'accroître la prévisibilité dans les comptes des entreprises pharmaceutiques.

b) Impacts sociaux

Les mesures proposées n'ont aucun impact direct sur les assurés puisqu'elles visent uniquement la participation des entreprises aux actions engagées par les autorités publiques pour respecter l'ONDAM.

c) Impacts sur l'environnement

Ces mesures sont sans impact environnemental.

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

Les mesures proposées n'ont pas d'impact sur les assurés et donc sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

Ces mesures n'ont pas d'impact sur les assurés et impactent les seuls laboratoires pharmaceutiques.

b) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'information…)

Ces mesures nécessiteront une mise à jour du formulaire de déclaration de ces contributions, du système d'information, des notices et du site urssaf.fr.

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

Il conviendra d'informer les redevables via notamment une mise à jour des notices et du site urssaf.fr.

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

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

Aucun texte n'est à prévoir.

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

Les mesures ne nécessitent pas de mise en œuvre particulière nouvelle par les caisses de sécurité sociale. Elles ne concernent par ailleurs pas les assurés.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information n'est nécessaire.

d) Suivi de la mise en œuvre

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

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.138-10 actuel du code de la sécurité sociale :	**Article L. 138-10 modifié du code de la sécurité sociale :**
Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus d'un taux (L), déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.	Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1**, L. 162-17-5,** ~~et~~ L. 162-18 **et L. 162-22-7-1** du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus d'un taux (L), déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1**, L. 162-17-5,** ~~et~~ L. 162-18 **et L. 162-22-7-1** et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.
Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa du présent article sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-	Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa du présent article sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-

22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte : 1° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite des indications au titre desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne, pour lesquels le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ; 2° Les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.	22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte : 1° Les médicaments **ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline** ~~*orphelins désignés comme tels*~~ en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, ~~*dans la limite des indications au titre desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne,*~~ pour lesquels le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ; 2° Les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui**, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due,** 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.
Article L.138-11 actuel du code de la sécurité sociale :	**Article L.138-11 modifié du code de la sécurité sociale :**
L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1. Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa du même article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa dudit article.	L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1**, L. 162-17-5,** ~~*et*~~ L. 162-18 **et L. 162-22-7-1** et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1. Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé**, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due,** en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa du même article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa dudit article.
Article L.138-13 actuel du code de la sécurité sociale :	**Article L.138-13 modifié du code de la sécurité sociale :**
Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits	Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits

de santé, pour l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.	de santé, pour ~~*l'ensemble*~~ **au moins 90% de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre** des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement ~~*de remises*~~ **d'une remise**.
Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. A défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.	Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées **en application de ces accords** est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. A défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si ~~*les remises*~~ **la remise** qu'elle verse ~~*sont supérieures ou égales*~~ **en application de l'accord est supérieure ou égale** à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.
Article L.138-14 actuel du Code de la Sécurité Sociale :	**Article L.138-14 modifié du Code de la Sécurité Sociale :**
Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, ce groupe constitue une entreprise au sens de l'article L. 138-10. Le groupe mentionné au premier alinéa du présent article est constitué, d'une part, par une entreprise ayant, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due et, d'autre part, par les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable, au sens du même article. La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents. En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.	~~*Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, ce groupe constitue une entreprise au sens de l'article L. 138-10.*~~ ~~*Le groupe mentionné au premier alinéa du présent article est constitué, d'une part, par une entreprise ayant, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due et, d'autre part, par les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable, au sens du même article.*~~ ~~*La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.*~~ En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ~~*ou d'un groupe*~~, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

Article L.138-15 actuel du code de la sécurité sociale :	**Article L.138-15 modifié du code de la sécurité sociale :**
La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1er juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.	La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1er ~~*juin*~~ **juillet** suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.
Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables font l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation s'impute sur la contribution due au titre de l'année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments a été fixé.	~~*Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables font l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé.*~~ **La fixation du prix ou du tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 entraîne une régularisation du montant total et de la répartition entre les entreprises redevables de la contribution due au titre de l'année précédant la fixation de ce prix ou de ce tarif.** Cette régularisation s'impute sur la contribution due au titre de l'année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments a été fixé.
Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er mars de l'année suivante.	Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le ~~*1er mars*~~ **1er avril** de l'année suivante.
Article L.138-19-1 actuel du code de la sécurité sociale :	**Article L.138-19-1 modifié du code de la sécurité sociale :**
Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile, au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18, est supérieur à un montant W déterminé par la loi et s'est accru de plus de 10 % par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue au présent article, les entreprises titulaires des droits d'exploitation de ces médicaments sont assujetties à une contribution.	Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile, au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1**, L. 162-17-5** et L. 162-18, est supérieur à un montant W déterminé par la loi et s'est accru de plus de 10 % par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1**, L. 162-17-5** et L. 162-18 et de la contribution prévue au présent article, les entreprises titulaires des droits d'exploitation de ces médicaments sont assujetties à une contribution.
La liste des médicaments mentionnés au premier alinéa du présent article est établie et publiée par la Haute Autorité de santé. Le cas échéant, cette liste est actualisée après chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments qui en relèvent.	(Le reste sans changement)
Article L.138-19-2 actuel du code de la sécurité sociale :	**Article L.138-19-2 modifié du code de la sécurité sociale :**
L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et après déduction de la part du	L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1**, L. 162-17-5** et L. 162-18 et après déduction

chiffre d'affaires afférente à chaque médicament figurant sur la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 45 millions d'euros. Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou le tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa du même article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa dudit article.	de la part du chiffre d'affaires afférente à chaque médicament figurant sur la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 45 millions d'euros. (Le reste sans changement)
Article L.138-19-4 actuel du code de la sécurité sociale :	**Article L.138-19-4 modifié du code de la sécurité sociale :**
Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments de la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises. Une entreprise signataire d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 90 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.	Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments de la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises. Une entreprise signataire d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article est exonérée de la contribution si ~~*les remises*~~ **la remise qu'elle verse en application de cet accord est supérieure ou égale** ~~*sont supérieures ou égales*~~ à 90 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.
Article L.138-19-5 actuel du Code de la Sécurité Sociale :	**Article L.138-19-5 modifié du Code de la Sécurité Sociale :**
Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, ce groupe constitue une entreprise au sens de l'article L. 138-19-1. Le groupe mentionné au premier alinéa du présent article est constitué, d'une part, par une entreprise ayant, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce,	~~*Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, ce groupe constitue une entreprise au sens de l'article L. 138-19-1.*~~ ~~*Le groupe mentionné au premier alinéa du présent article est constitué, d'une part, par une entreprise ayant, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce,*~~

publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due et, d'autre part, par les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable, au sens du même article.	~~*publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due et, d'autre part, par les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable, au sens du même article.*~~
La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.	~~*La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.*~~
En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.	En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ~~*ou d'un groupe*~~, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

ARTICLE 7 – Elargissement du champ de la réduction de cotisation patronale famille

I. Présentation de la mesure

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

Contexte, situation actuelle et objectif recherché

Dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité, les pouvoirs publics ont renforcé la réduction générale des cotisations et contributions patronales de façon à créer un dispositif de « zéro cotisation URSSAF » au niveau du SMIC. Ce renforcement des allègements généraux sur les bas salaires, mis en œuvre à compter du 1er janvier 2015, s'est accompagné d'une modulation des cotisations d'allocations familiales, sous la forme d'un taux réduit de 3,45 % (contre un taux normal de 5,25 %) pour les salaires dont le montant annuel est inférieur à un seuil de 1,6 fois le SMIC, pour un montant global de 4,5 Md€ (auxquels il convient d'ajouter 1 Md€ en 2015 en faveur des travailleurs indépendants par une modulation du taux de cotisations d'allocation familiales).

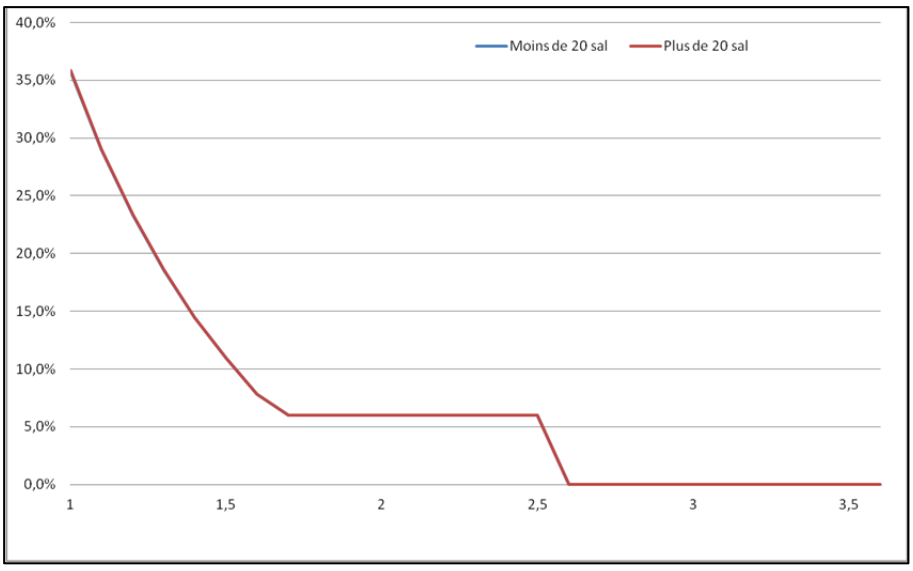
Grâce aux mesures du pacte, couplées à la mise en place du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), qui équivaut à 6 % des rémunérations brutes versées depuis le 1er janvier 2014 en-deçà de 2,5 SMIC, le coût du travail aura ainsi été réduit de 8,4 % au niveau du SMIC entre 2012 et 2015. Ces mesures ont permis de réduire de manière significative les effets d'un coût minimum du travail comparativement élevé au sein de l'OCDE[1], en l'allégeant aux niveaux où l'élasticité de la demande de travail par rapport à son coût est la plus élevée (cette élasticité est ainsi généralement estimée à 1 à des niveaux proches du SMIC contre 1/3 pour la moyenne des rémunérations).

La réduction générale des cotisations et contributions patronales permet ainsi aujourd'hui d'exonérer les entreprises de moins de 20 salariés à hauteur de 27,95 points et celles d'au moins 20 salariés à hauteur de 28,35 points de cotisations sociales :

- 12,80 points de cotisations maladie-maternité ;
- 10,30 points de cotisations d'assurance vieillesse-veuvage de base ;
- 3,45 points de cotisations d'allocations familiales ;
- 1 point de cotisations d'accidents du travail ;
- 0,3 point de contribution de solidarité pour l'autonomie ;
- 0,1 ou 0,5 point de contribution due pour le financement du FNAL (selon la taille de l'entreprise).

Cotisations exonérées en cumulant les allègements généraux renforcés, la baisse du taux AF et le CICE en fonction du niveau de rémunération (2015)

SMIC	(> 20 salariés)	(<= 20 salariés)
1	35,8%	35,9%
1,1	29,0%	29,1%
1,2	23,3%	23,4%
1,3	18,6%	18,6%
1,4	14,5%	14,5%
1,5	10,9%	10,9%
1,6	7,8%	7,8%
1,7	6,0%	6,0%
1,8	6,0%	6,0%
1,9	6,0%	6,0%
2	6,0%	6,0%
2,1	6,0%	6,0%
2,2	6,0%	6,0%
2,3	6,0%	6,0%
2,4	6,0%	6,0%
2,5	6,0%	6,0%



[1] CAHUC et CARCILLO, Les conséquences des allègements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires, mars 2012.

Les coefficients maximaux d'exonération ainsi définis évolueront jusqu'en 2017 afin de tenir compte de la montée en charge des cotisations d'assurance vieillesse (le coefficient passe ainsi pour les plus de 20 salariés de 27,95 à 28,05 points et pour les moins de 20 salariés de 28,35 à 28,45 points à compter du 1er janvier 2016).

Conformément aux annonces du Président de la République sur le pacte de responsabilité et de solidarité, il est également prévu de favoriser dès 2016 par une baisse du coût du travail la compétitivité de certains secteurs plus fortement confrontés à la concurrence internationale, en étendant le bénéfice du taux réduit de cotisations d'allocations familiales au-delà de 1,6 SMIC.

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

a) Mesure proposée

La mesure étend, dès 2016, la réduction du taux de cotisations d'allocations familiales de 1,8 point aux rémunérations comprises entre 1,6 et 3,5 SMIC. Le taux réduit de 3,45 %, contre 5,25 %, s'appliquera donc à tous les salaires jusqu'à 3,5 fois le SMIC.

Cette mesure entre en vigueur au 1er avril 2016 compte tenu de la nécessité de maintenir l'équilibre financier des mesures mises en œuvre dans le cadre global du pacte de responsabilité et de solidarité et des autres mesures décidées depuis le début de l'année 2015, notamment celles qui figurent dans la loi du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques.

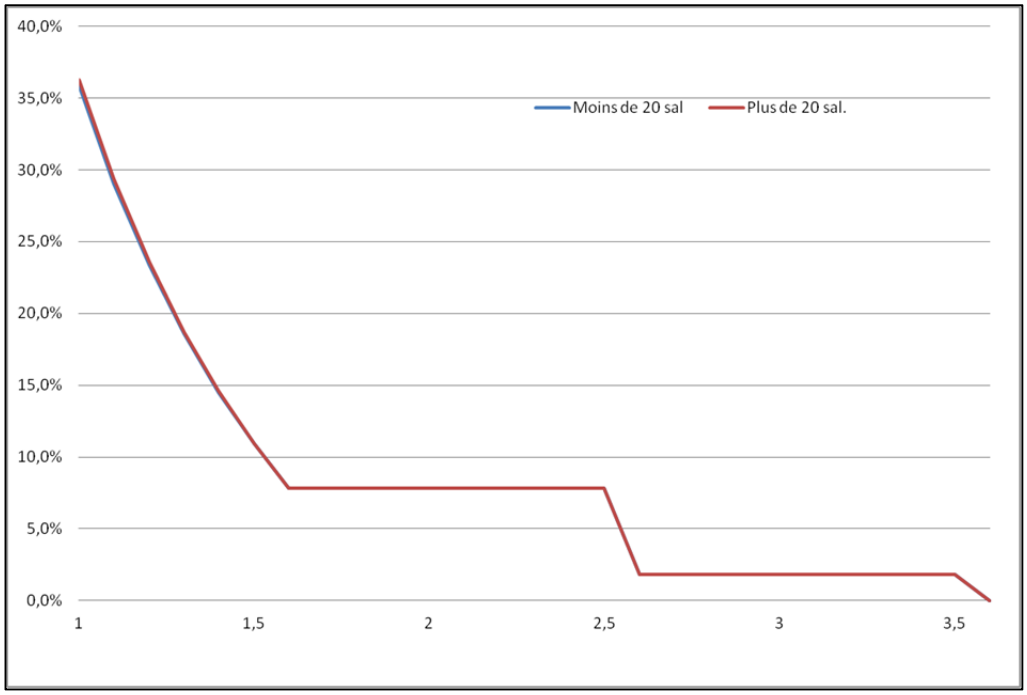
En effet, un ensemble de mesures favorables à l'emploi et à la dynamisation de notre économie se sont ajoutées depuis le 1er janvier 2015 aux mesures que le Gouvernement s'était déjà engagé à mettre en œuvre, c'est-à-dire la baisse des cotisations d'allocations familiales, la hausse du montant de l'abattement d'assiette de C3S et la suppression de la contribution exceptionnelle additionnelle à l'IS. Ainsi, les lois financières prévoient le relèvement et le gel du dépassement de certains seuils d'effectifs, conformément aux décisions de la conférence de juin 2015 sur le thème « TPE : tout pour l'emploi ». Il convient également de prendre en compte des mesures favorables déjà votées par la loi du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, relatives notamment à l'allégement des prélèvements sociaux applicables aux attributions gratuites d'actions, aux abondements des employeurs au PERCO et à la mise en place des accords de participation ou d'intéressement au sein des entreprises de moins cinquante salariés, qui représentent près de 200 M€ de réduction des prélèvements sociaux sur les entreprises, auxquelles s'ajoutent les mesures adoptées dans le domaine fiscal.

L'entrée en vigueur au 1er avril de la réduction du taux de cotisations d'allocations familiales permet ainsi la mise en œuvre dès 2016 de l'ensemble des mesures, dans le cadre de l'effort global de baisse de prélèvements prévu pour 2016 à destination des entreprises dans le cadre du pacte.

Ce décalage ne remet aucunement en cause l'effet en année pleine de la mesure qui correspondra, dès 2017, à un effort supplémentaire pérenne de plus de 4,2 milliards d'euros par an en faveur de la compétitivité dans les secteurs les plus fortement exposés à la concurrence internationale. L'extension jusqu'aux rémunérations inférieures à 3,5 SMIC du taux réduit de cotisations d'allocations familiales bénéficiera ainsi davantage que la première étape du pacte à des secteurs d'activité dont la main d'œuvre est plus qualifiée, comme l'industrie manufacturière, les activités scientifiques et techniques et l'information et la communication. En 2016, l'extension de la baisse de cotisations d'allocations familiales aux salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC portera ainsi à 5,3% la baisse du coût du travail au niveau de 2 SMIC par rapport à 2012, du fait de la combinaison du CICE et des mesures du pacte.

Cotisations exonérées en cumulant allègements généraux, baisse du taux AF et CICE, en fonction du niveau de rémunération (2016)

SMIC	(> 20 salariés)	(<= 20 salariés)
1	35,9%	36,3%
1,1	29,1%	29,4%
1,2	23,4%	23,6%
1,3	18,6%	18,7%
1,4	14,5%	14,6%
1,5	10,9%	11,0%
1,6	7,8%	7,8%
1,7	7,8%	7,8%
1,8	7,8%	7,8%
1,9	7,8%	7,8%
2	7,8%	7,8%
2,1	7,8%	7,8%
2,2	7,8%	7,8%
2,3	7,8%	7,8%
2,4	7,8%	7,8%
2,5	7,8%	7,8%
2,6	1,8%	1,8%
2,7	1,8%	1,8%
2,8	1,8%	1,8%
2,9	1,8%	1,8%
3	1,8%	1,8%
3,1	1,8%	1,8%
3,2	1,8%	1,8%
3,3	1,8%	1,8%
3,4	1,8%	1,8%
3,5	1,8%	1,8%



b) Autres options possibles

Cette mesure est conforme aux annonces du Président de la République. Pour renforcer la compétitivité de notre économie, notamment dans les secteurs les plus sensibles à la concurrence internationale, il aurait pu être envisagé d'augmenter à 3,5 SMIC le seuil en-deçà duquel les entreprises peuvent bénéficier du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi. Cette mesure n'aurait cependant, compte tenu du mécanisme du CICE, porté ses effets en termes de versement pour les entreprises qu'à compter de 2017, alors que l'extension du taux réduit aura un impact immédiat sur leur trésorerie. Cette mesure ne se serait en outre pas inscrite dans la ligne définie par le Président de la République d'une fusion à compter de 2017 du CICE dans les allègements généraux de cotisations.

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

La mesure modifie les règles d'assujettissement aux cotisations et contributions affectées au financement de la sécurité sociale et l'équilibre financier des régimes. Elle a donc vocation à figurer dans le volet recettes de la loi de financement de la sécurité sociale (3° du B du V de l'article LO. 111-3 du CSS). Sa place au sein de la partie recettes de la LFSS se justifie également par son effet sur les recettes de l'année et des années à venir des régimes obligatoires de base (2° du B du V de l'article LO. 111-3 du CSS).

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France : l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire. Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie l'article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Pour les années 2017 et 2018, les coûts liés à la réduction du taux des cotisations d'allocations familiales évoluent selon les prévisions d'évolution de la masse salariale (3,1% en 2017, 3,7 % en 2018 et 3,8% en 2019) pour représenter plus de 4,5 milliards d'euros en 2019.

Comme pour les autres dispositions du pacte de responsabilité et de solidarité, l'impact sur la sécurité sociale de cette mesure sera intégralement compensé. Les modalités de cette compensation sont également définies dans les lois financières pour 2016.

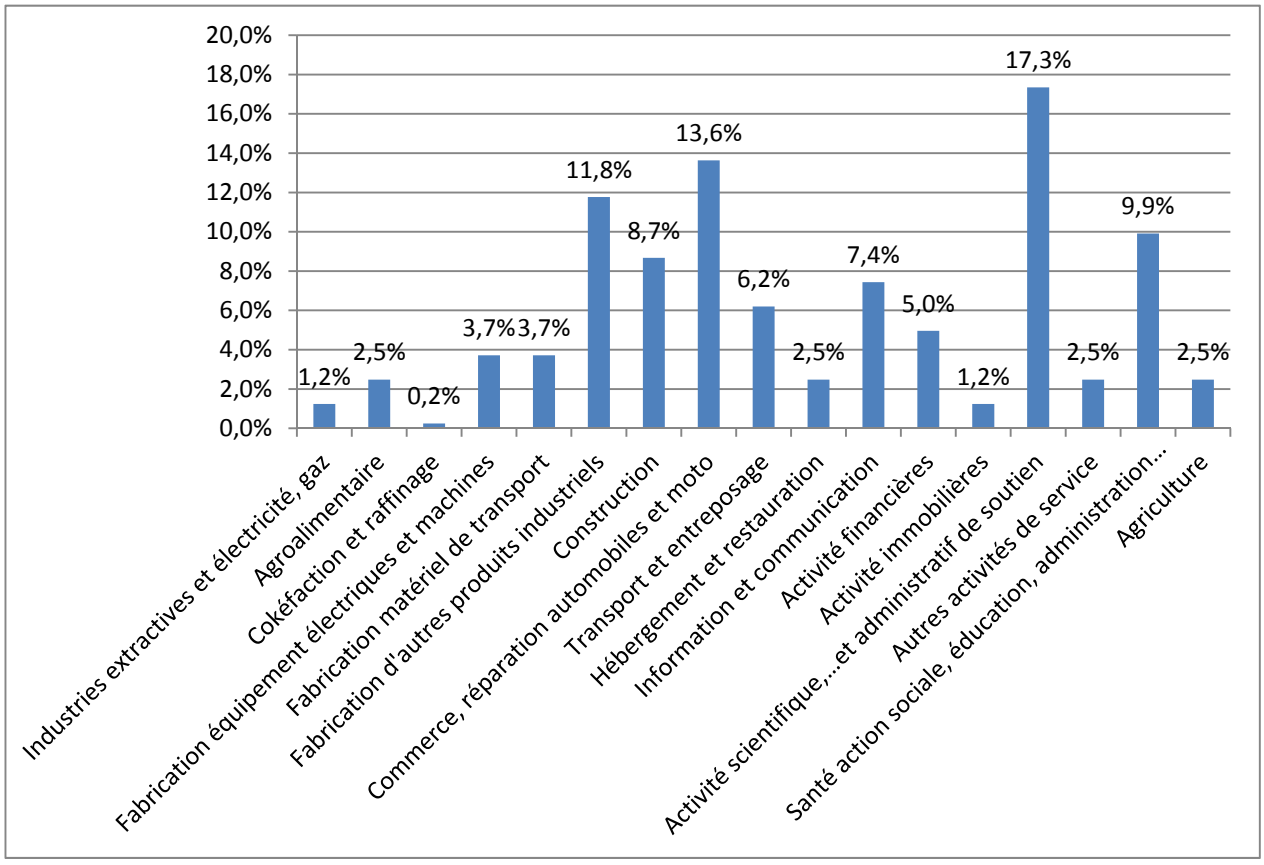
Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016 P ou R	2017	2018	2019
		- 3 075	- 4 230	- 4 385	- 4 550

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 s'inscrit dans le cadre de la poursuite du pacte de responsabilité et de solidarité dont l'objectif est de rendre les entreprises plus compétitives, notamment pour les entreprises les plus exposées à la concurrence internationale. Elle permet de réduire le montant des cotisations sociales versées par l'employeur et in fine de baisser le coût du travail. Comme présenté dans le graphique ci-après, la mesure bénéficiera notamment aux secteurs industriels et de l'information et de la communication, fortement exposés à la concurrence internationale.



b) impacts sociaux

Les droits sociaux ne sont pas modifiés par l'extension de la réduction du taux de cotisations d'allocations familiales.

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 différents acteurs concernés

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

Les employeurs devront procéder à une modification de paramètres de leurs systèmes de gestion de la paye relativement simple puisque la mesure constitue une extension du champ d'une mesure déjà entrée en vigueur. Cette modification pourra être intégrée dans le cadre des maintenances annuelles et habituelles des logiciels de paie.

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

Cette mesure peut être gérée par la branche du recouvrement, sans coût supplémentaire, dans le cadre de gestion habituelle des modifications des paramètres en matière de cotisations et contributions sociales

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

La mise en œuvre de la mesure ne nécessitera pas la publication de décrets d'application. Une mise à jour de la circulaire relative à la mise en œuvre de la réduction générale sera toutefois nécessaire pour tenir compte du nouveau seuil de sortie du dispositif (3,5 SMIC).

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

La mesure entre en vigueur à compter du 1er avril 2016 compte tenu des équilibres financiers dans le cadre global des mesures fiscales et sociales du pacte de responsabilité et de solidarité.

A titre transitoire, les modalités de calcul de la réduction pour les salariés dont les rémunérations et gains sont compris entre 1,6 et 3,5 SMIC sont adaptées pour prendre en compte la coexistence de deux taux de cotisations d'allocations familiales en 2016. Ce dispositif n'entraîne pas de complexité supplémentaire par rapport au dispositif actuellement en œuvre.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information sera réalisé par le biais des régimes concernés, sous la forme de documents infra-réglementaires (site urssaf.fr notamment).

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure est suivie dans le cadre de l'annexe 5 du PLFSS.

Annexe : version consolidée de l'article modifié

Article 241-6-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article 241-6-1 modifié du code de la sécurité sociale
Le taux des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 est réduit de 1,8 point pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les rémunérations ou gains n'excèdent pas 1,6 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article.	Le taux des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 est réduit de 1,8 points pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les rémunérations ou gains n'excèdent pas ~~1,6~~ **3,5** fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article.

ARTICLE 8 - Suppression progressive de la contribution sociale de solidarité des sociétés (étape 2 du Pacte de responsabilité et de solidarité)

I. Présentation de la mesure

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

Dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité a été annoncée la suppression progressive sur trois ans de la contribution de solidarité des sociétés (C3S). L'article 3 de la LFRSS pour 2014 a mis en œuvre la première étape de cette suppression en créant un abattement d'assiette de 3,25 M€ qui a permis d'alléger la C3S due en 2015 de 1Md et de 50M€ supplémentaires au titre des coopératives qui ont fait l'objet d'une exonération anticipée spécifique.

Cette suppression progressive se justifie par des raisons économiques et d'équité entre les redevables. Compte tenu de la nature de son assiette, la C3S ne tient pas compte de manière adéquate des capacités contributives des redevables, dont le chiffre d'affaires n'est pas représentatif. Ces capacités sont mieux reflétées par les bénéfices. En conséquence, les activités à faibles marges supportent une charge de C3S proportionnellement plus lourde que celles dont les marges sont importantes. Du fait de l'absence de mécanisme de déduction de la contribution acquittée en amont (contrairement à la TVA), la C3S est en outre susceptible de générer des taxations en cascade. Enfin, l'analyse économique montre qu'une imposition intervenant très en amont dans les soldes intermédiaires de gestion affecte l'investissement et les performances à l'exportation.

Il convient désormais de mettre en œuvre la deuxième étape de cette suppression progressive, afin de réduire d'un milliard d'euros supplémentaire la C3S due en 2016.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise à augmenter le montant de l'abattement d'assiette institué par l'article 3 de la LFRSS pour 2014 dans le cadre de la première étape de la suppression progressive de la C3S. Afin de baisser à hauteur de 1 Md€ la C3S due par les entreprises, l'abattement passera de 3,25 M€ à 19 M€.

Cet abattement s'appliquera au chiffre d'affaires réalisé en 2015 pour le paiement de la C3S en 2016.

La mesure tire également les conséquences de l'augmentation du montant de l'abattement et de la diminution du nombre de redevables en termes de modalités de recouvrement. En effet, la suppression progressive de la C3S justifie de ne pas investir dans la mise en œuvre de la migration SEPA du télérèglement pour le 1er février 2016, comme l'impose la réglementation européenne. Ainsi, l'obligation de paiement par virement se substituera à celle du télérèglement.

b) Autres options possibles

Une baisse du taux global d'imposition aurait pu être alternativement mise en œuvre. Toutefois, cette option n'aurait pas été cohérente avec l'abattement d'assiette retenu pour la première étape de la suppression progressive. Par ailleurs, elle aurait été moins ciblée sur les petites et moyennes entreprises et n'aurait pas permis à ce titre de réduire significativement le nombre de redevables en exonérant totalement l'ensemble des petites entreprises et une part significative des moyennes entreprises.

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

II. La mesure proposée, qui modifie l'assiette de la C3S et génère un impact sur les recettes des régimes obligatoires de base pour 2016 et les exercices à venir, relève en conséquence des 2° et 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du CSS et trouve à ce titre sa place en loi de financement de la sécurité sociale.

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

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

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

IV. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La C3S a été jugée conforme au droit communautaire par la Cour de justice de l'Union européenne.

La mesure d'abattement d'assiette ne constitue pas un avantage spécifique accordé à une ou certaines entreprises. Intrinsèquement, la C3S a eu pour objectif, dès sa création, d'être concentrée de manière plus forte sur les entreprises de taille importante (elle n'était à ce titre jusqu'en 2014 pas perçue en cas de chiffre d'affaires inférieur à 760 000 € par an). Cet abattement qu'il s'agisse de celui institué par l'article 3 de la LFRSS pour 2014 ou de la présente mesure, est applicable à toutes les entreprises assujetties à la C3S mentionnées à l'article L. 651-1 du CSS, c'est-à-dire à l'ensemble des sociétés commerciales et d'autres formes sociales telles que les groupements d'intérêt économiques. De même, il s'applique à toutes les entreprises quelque soit leur taille (et à ce titre l'ensemble des grandes entreprises bénéficient des mesures adoptée par la LFRSS 2014 et présentée dans le cadre du présent projet de loi de financement) ou leur secteur d'activité. Aussi, si les sociétés ayant un chiffre d'affaires inférieur au montant de l'abattement d'assiette n'auront de fait aucun montant de C3S à payer, il ne s'agit pas d'une mesure d'exonération spécifique à certaines entreprises les plaçant dans une situation plus favorable financièrement. La présente mesure ne constitue donc pas une aide d'Etat au sens du règlement n° 651/2014.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 651-3 et L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

La mesure s'applique dans le périmètre des régimes et organismes de protection sociale concernés soit les DOM ; elle ne concerne pas Mayotte où la C3S n'est pas applicable.

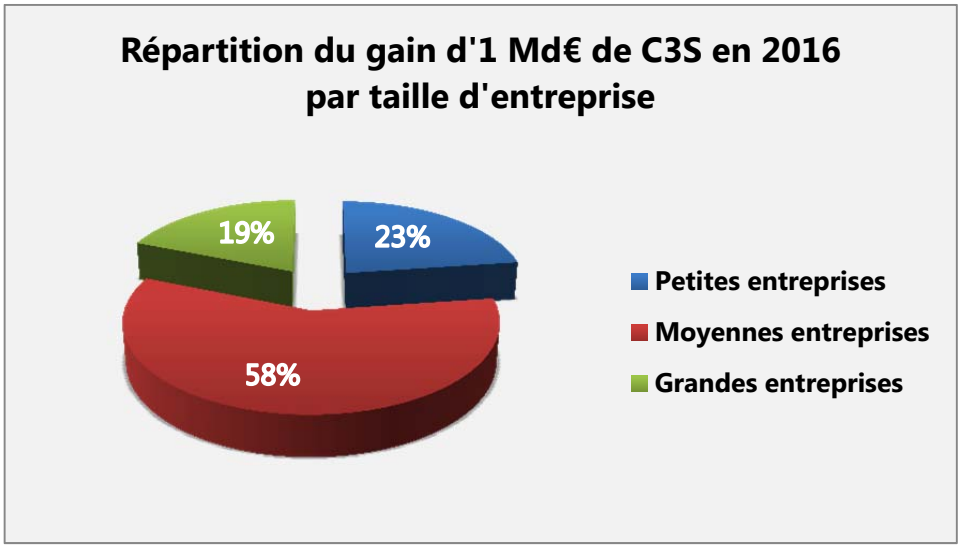
Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Mesure directement applicable*
Mayotte	*Mesure non applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	*Mesure non applicable*
Saint-Pierre et Miquelon	*Mesure non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle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

V. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les chiffrages ont été effectués à partir des données déclaratives des entreprises concernant la C3S acquittée en 2014 (au titre du chiffre d'affaires 2013), en prenant en compte les évolutions constatées ou prévues pour 2015 et 2016.

Afin de garantir un gain pour les entreprises de 1 Md€ en 2016, l'abattement d'assiette est porté de 3,25 M€ à 19 M€. Cet allègement bénéficiera prioritairement aux petites et moyennes entreprises.



Remarque : dans les développements qui suivent, les résultats sont ventilés par tailles d'entreprises en se fondant sur les bornes posées s'agissant des besoins de l'analyse statistique et économique par le règlement CEE de 1993 et le décret du 15 octobre 2008 pris en application de l'article 51 de la loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008. On n'utilise ici que les bornes de chiffre d'affaires sans prise en compte des effectifs et de l'importance du bilan.

La mesure proposée a pour conséquence d'exonérer 79 000 redevables supplémentaires par rapport à 2015, dont :

- la totalité du reliquat des petites entreprises non exonérées par l'abattement créé par l'article 3 de la LFRSS pour 2014, soit un CA annuel compris entre 2 M€ et 10 M€, (63 000 restent redevables de la C3S en 2015), pour un montant de C3S agrégé de 230 M€ (soit 23 % du coût de la mesure) ;
- 43 % des moyennes entreprises (CA annuel compris entre 10 M€ et 50 M€), soit 16 000 redevables, pour un moindre rendement de C3S de 580 M€ (soit 58 % du coût de la mesure) ;
- Le nombre de grandes entreprises (CA annuel supérieur à 50 M€), redevables de la C3S ne serait pas réduit (8 000) mais le montant de C3S qu'elles acquittent baisserait de 190 M€ (soit 19 % du coût de la mesure).

En 2016, ne demeureraient donc plus que 20 000 redevables, répartis entre :

- 12 000 moyennes entreprises, dont le montant moyen de C3S passerait de 28 500 € à 7 400 €, soit une baisse de 74 % ;
- 8 000 grandes entreprises dont le montant moyen de C3S baisserait de 5,2% pour atteindre 446 200 € (au lieu de 470 900 €, soit -24 700 €).

La mesure permettra de diminuer la C3S due par toutes les entreprises redevables avec un avantage plus important octroyé aux PME. Mécaniquement, la charge de la C3S après mesure sera davantage concentrée sur les grandes entreprises (94% en 2016, contre 78 % en 2015 et 65 % en 2014).

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
Coût sécurité sociale avant compensation		-1 000	-1 000	-1 000	-1 000

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

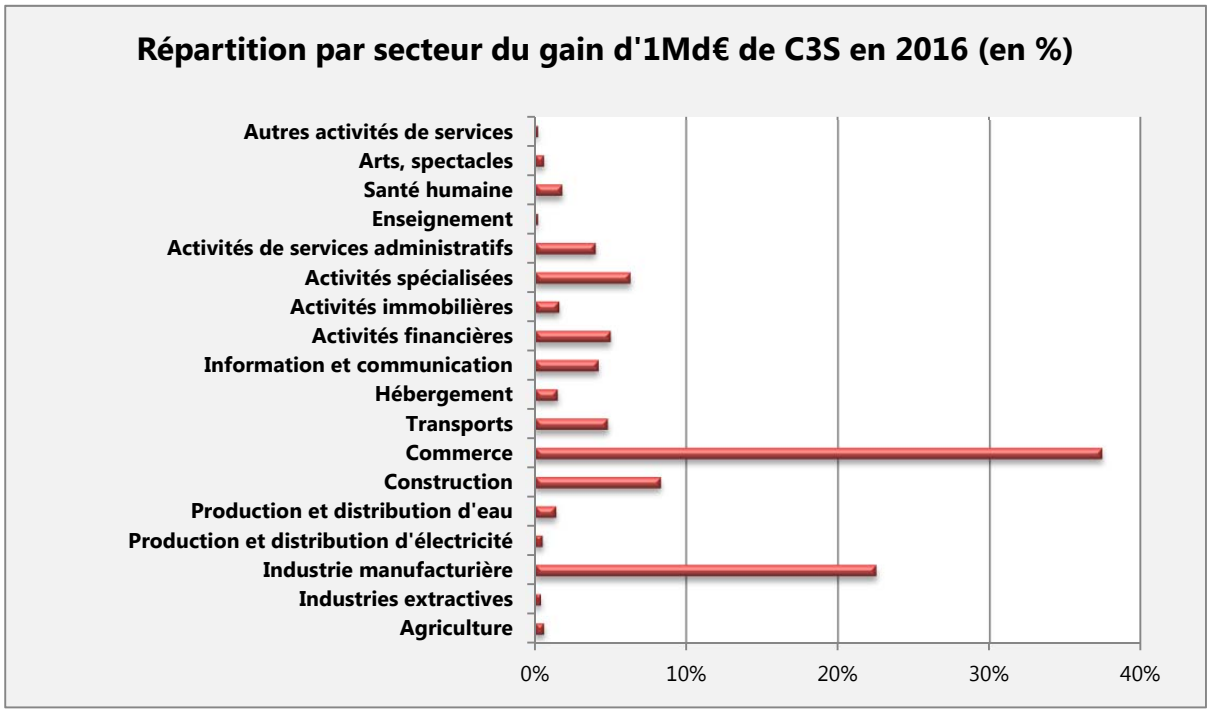
a) impacts économiques

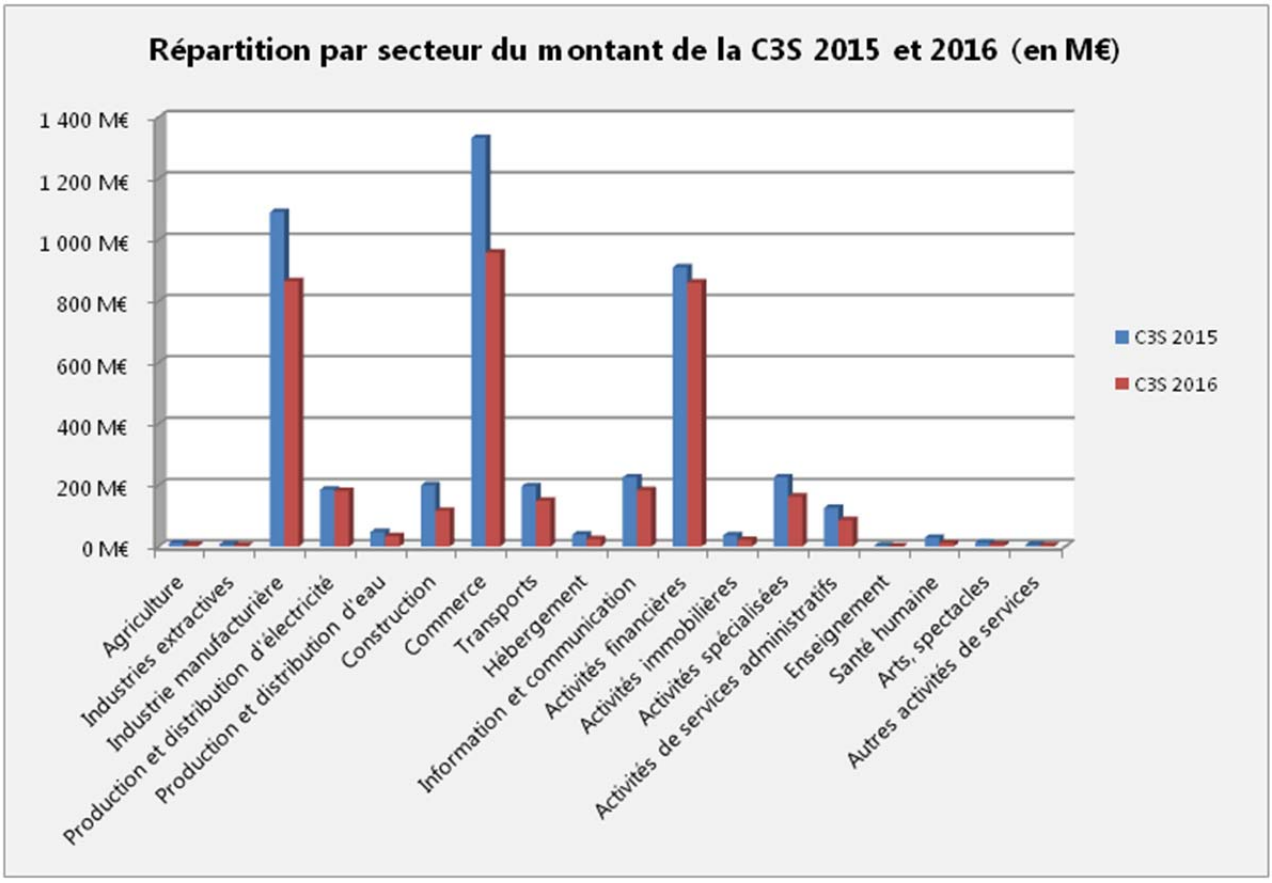
La C3S est une contribution assise sur le chiffre d'affaire, qui pèse à la fois sur la valeur ajoutée et sur les consommations intermédiaires des entreprises.

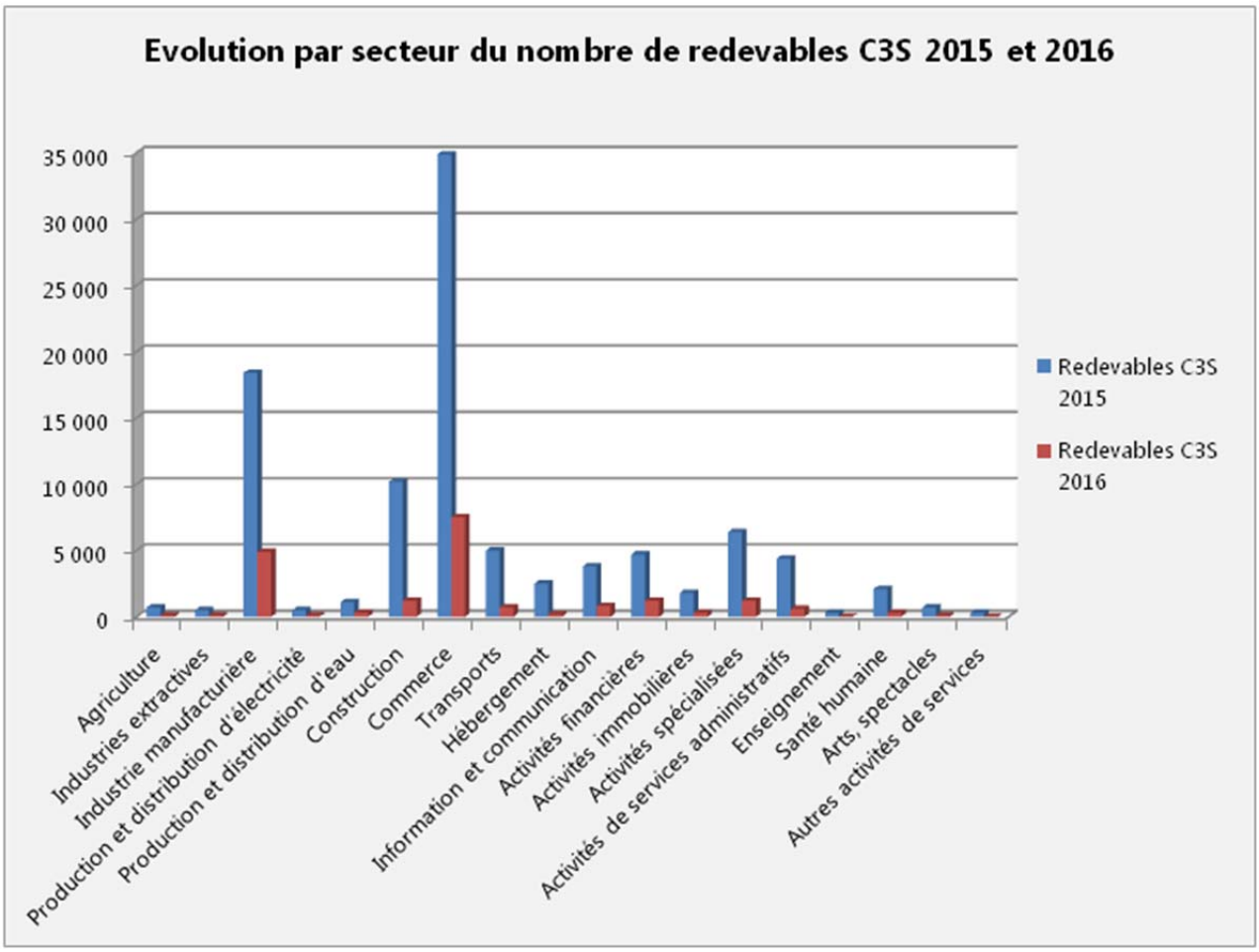
En conséquence, la C3S introduit une distorsion dans les choix d'organisation et de production des entreprises qui est défavorable à l'activité. En effet, elle engendre une taxation multiple des consommations intermédiaires, qui sont imposées autant de fois qu'il y a d'intermédiaires dans la transformation du produit jusqu'au consommateur final. Les chaînes de production morcelées sont donc pénalisées par rapport aux chaînes de production plus intégrées. Les entreprises sont, en effet, incitées à privilégier l'intégration d'unités productives même lorsque cette option n'est pas économiquement efficace et, pour les branches aval, à privilégier l'importation de produits finis ou semi-finis plutôt que la production en France.

Au niveau des structures d'entreprises, la suppression progressive de la C3S aura, de manière générale, un impact sur l'ensemble des sociétés redevables, et sera particulièrement favorable aux TPE et PME, dans la mesure où elle aura pour effet de supprimer, en 2016, la charge de la contribution pour près de 80 000 redevables dont le chiffre d'affaires est inférieur à 19 M€.

Cette mesure bénéficiera aux entreprises de manière différenciée selon les secteurs d'activité. En effet, parmi les secteurs pour lesquels la diminution en valeur de la C3S sera la plus importante, se retrouvent trois des contributeurs les plus importants, à savoir le commerce, l'industrie manufacturière et la construction.




Répartition par secteur du montant de la C3S 2015 et 2016 (en M€)
1 400 M€
1 200 M€
1 000 M€
800 M€
600 M€
400 M€
200 M€
0 M€
C3S 2015
C3S 2016
Agriculture
Industries extractives
Industrie manufacturière
Production et distribution d'électricité
Production et distribution d'eau
Construction
Commerce
Transports
Hébergement
Information et communication
Activités financières
Activités immobilières
Activités spécialisées
Activités de services administratifs
Enseignement
Santé humaine
Arts, spectacles
Autres activités de services


Evolution par secteur du nombre de redevables C3S 2015 et 2016
35 000
30 000
25 000
20 000
15 000
10 000
5 000
0
Redevables C3S 2015
Redevables C3S 2016
Agriculture
Industries extractives
Industrie manufacturière
Production et distribution d'électricité
Production et distribution d'eau
Construction
Commerce
Transports
Hébergement
Information et communication
Activités financières
Activités immobilières
Activités spécialisées
Activités de services administratifs
Enseignement
Santé humaine
Arts, spectacles
Autres activités de services

En conclusion, cette mesure doit permettre de favoriser la compétitivité des entreprises en privilégiant à la fois un allègement des impositions pesant sur la production et la prise en compte d'un marché concurrentiel international.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure, de nature financière (modification des règles d'imposition des entreprises), n'a pas d'impact 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 différents acteurs concernés

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

La mesure ne crée aucune démarche ou formalité à l'égard des redevables (et en supprime pour 80 000 redevables actuels de la C3S) puisque la mise à jour du montant de l'abattement et le calcul de la C3S sont gérés automatiquement par le RSI via le portail net-C3S. Les 20 000 redevables restants après l'augmentation de l'abattement d'assiette vont donc procéder à la déclaration de la C3S dans les mêmes conditions que les années précédentes.

Les 20 000 redevables restants sur les 100 000 actuels devront procéder au paiement de leur contribution par virement.

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

La déclaration de l'assiette de la C3S est entièrement effectuée de manière dématérialisée (sur le site net-entreprises.fr). L'ergonomie du site a été revue récemment pour faciliter les démarches des entreprises en se concentrant sur les informations essentielles. En outre, depuis 2013, la déclaration est pré-remplie grâce aux informations issues des déclarations de TVA.

L'augmentation de l'abattement à 19 millions d'euros, qui peut être appliqué automatiquement lors de la déclaration internet, ne nécessite qu'une simple mise à jour du portail de télédéclaration.

Concernant les modalités de règlement, le RSI devra réaliser une adaptation mineure de ses procédures de recouvrement pour tenir compte du paiement par virement en lieu et place du télérèglement.

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

La mesure conduit à réduire le nombre d'entreprises redevables de la C3S et donc l'activité du service du RSI en charge du recouvrement qui emploie actuellement 165 personnes (155 ETP). Ces personnels sont accompagnés, dans le cadre d'actions de formation spécifiques, pour être redéployés sur d'autres activités, notamment de recouvrement, au sein du réseau du RSI. L'impact de cette mesure sur les personnels, les coûts de gestion et le plafond d'emploi sera pris en compte, en fonction du rythme de suppression de la C3S, dans le cadre de la prochaine Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) du RSI, qui sera négociée cette année pour prendre effet à compter de 2016.

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

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

Aucune, la mesure d'abattement s'appliquera directement à compter de la contribution due au titre de 2016.

b) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés via le site Internet du RSI et le portail net-entreprises.fr ainsi que par courrier dans le cadre de la prochaine campagne de recouvrement.

c) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre de la mesure sera suivie à travers la future COG-RSI pour 2016-2019, qui comportera un volet « recouvrement de la C3S ».

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 651-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 651-3 modifié du code de la sécurité sociale
La contribution sociale de solidarité est annuelle. Son taux est fixé par décret, dans la limite de 0,13 %. Elle est assise sur le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5, après application d'un abattement égal à **3,25 millions d'euros**. Des décrets peuvent prévoir un plafonnement en fonction de la marge pour les entreprises de commerce international et intracommunautaire fonctionnant avec une marge brute particulièrement réduite et pour les entreprises du négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant ou vendant directement à la production et pour les entreprises du négoce en gros des combustibles et de commerce de détail de carburants.	La contribution sociale de solidarité est annuelle. Son taux est fixé par décret, dans la limite de 0,13 %. Elle est assise sur le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5, après application d'un abattement égal à ~~3,25~~ **19** millions d'euros. Des décrets peuvent prévoir un plafonnement en fonction de la marge pour les entreprises de commerce international et intracommunautaire fonctionnant avec une marge brute particulièrement réduite et pour les entreprises du négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant ou vendant directement à la production et pour les entreprises du négoce en gros des combustibles et de commerce de détail de carburants.
Pour les sociétés ou groupements mentionnés aux 4° bis, 6°, 7° et 8° de l'article L. 651-1 ainsi que les groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, la part du chiffre d'affaires correspondant à des refacturations de prestations de services à leurs membres ou associés n'est pas soumise à la contribution.	Pour les sociétés ou groupements mentionnés aux 4° bis, 6°, 7° et 8° de l'article L. 651-1 ainsi que les groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, la part du chiffre d'affaires correspondant à des refacturations de prestations de services à leurs membres ou associés n'est pas soumise à la contribution.
En outre, les redevables mentionnés aux 1° à 3°, 4°, sauf s'il s'agit de groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, 5°, 10° et 11° de l'article L. 651-1 ne tiennent pas compte, pour la détermination de leur contribution, de la part du chiffre d'affaires correspondant à des ventes de biens réalisées avec les sociétés ou groupements visés à l'alinéa précédent et acquittant la contribution, dans lesquels ils détiennent une participation au moins égale à 20 %, à condition que ces biens soient utilisés pour les besoins d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.	En outre, les redevables mentionnés aux 1° à 3°, 4°, sauf s'il s'agit de groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, 5°, 10° et 11° de l'article L. 651-1 ne tiennent pas compte, pour la détermination de leur contribution, de la part du chiffre d'affaires correspondant à des ventes de biens réalisées avec les sociétés ou groupements visés à l'alinéa précédent et acquittant la contribution, dans lesquels ils détiennent une participation au moins égale à 20 %, à condition que ces biens soient utilisés pour les besoins d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.
La contribution des organismes coopératifs relevant du chapitre Ier du titre III de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale est établie sans tenir compte du chiffre d'affaires qu'ils réalisent, au titre des opérations de vente de produits issus des entreprises exploitées par leurs membres, avec d'autres organismes coopératifs régis par les mêmes dispositions et dont ils sont associés coopérateurs.	La contribution des organismes coopératifs relevant du chapitre Ier du titre III de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale est établie sans tenir compte du chiffre d'affaires qu'ils réalisent, au titre des opérations de vente de produits issus des entreprises exploitées par leurs membres, avec d'autres organismes coopératifs régis par les mêmes dispositions et dont ils sont associés coopérateurs.
Pour la détermination de leur contribution, les sociétés ou groupements visés au deuxième alinéa ne tiennent pas compte des ventes de biens réalisées à ceux de leurs membres ou associés acquittant la contribution et détenant au moins 20 % des droits à leurs résultats, à condition que ces biens soient vendus à l'issue d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.	Pour la détermination de leur contribution, les sociétés ou groupements visés au deuxième alinéa ne tiennent pas compte des ventes de biens réalisées à ceux de leurs membres ou associés acquittant la contribution et détenant au moins 20 % des droits à leurs résultats, à condition que ces biens soient vendus à l'issue d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.
Pour les redevables visés à l'article L. 651-1 affiliés à l'un	Pour les redevables visés à l'article L. 651-1 affiliés à l'un

des organes centraux mentionnés à l'article L. 511-30 du code monétaire et financier, la part du chiffre d'affaires correspondant à des intérêts reçus à raison d'opérations de centralisation, à l'échelon régional ou national, de leurs ressources financières n'est pas soumise à la contribution dans la limite du montant des intérêts servis en contrepartie de ces mêmes opérations. Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux entreprises de négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant et vendant directement aux coopératives agricoles.	des organes centraux mentionnés à l'article L. 511-30 du code monétaire et financier, la part du chiffre d'affaires correspondant à des intérêts reçus à raison d'opérations de centralisation, à l'échelon régional ou national, de leurs ressources financières n'est pas soumise à la contribution dans la limite du montant des intérêts servis en contrepartie de ces mêmes opérations. Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux entreprises de négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant et vendant directement aux coopératives agricoles.
Article L. 651-5-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 651-5-3 modifié du code de la sécurité sociale**
Les sociétés, entreprises et établissements dont le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5 est supérieur au montant de l'abattement mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3 sont tenues d'effectuer la déclaration prévue à l'article L. 651-5 et le paiement de la contribution sociale de solidarité par voie électronique auprès de l'organisme chargé du recouvrement mentionné à l'article L. 651-4. Pour se conformer à cette obligation, les sociétés, entreprises et établissements utilisent les services de télédéclaration et de télérèglement mis à disposition dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. Lorsque la transmission de la déclaration n'est pas faite suivant les modalités définies à l'alinéa précédent, il est appliqué une majoration de 0,2 % du montant de la contribution sociale de solidarité dont est redevable la société, l'entreprise ou l'établissement. Il est également appliqué une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué dans des conditions différentes de celles prévues au premier alinéa.	Les sociétés, entreprises et établissements dont le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5 est supérieur au montant de l'abattement mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3 sont tenues d'effectuer la déclaration prévue à l'article L. 651-5 et le paiement de la contribution sociale de solidarité par voie ~~*électronique*~~ **dématérialisée** auprès de l'organisme chargé du recouvrement mentionné à l'article L. 651-4. Pour se conformer à cette obligation, les sociétés, entreprises et établissements utilisent les services de télédéclaration ~~*et de télérèglement*~~ mis à disposition dans les conditions prévues à l'article L. 133-5**.** Lorsque la transmission de la déclaration n'est pas faite suivant les modalités définies à l'alinéa précédent, il est appliqué une majoration de 0,2 % du montant de la contribution sociale de solidarité dont est redevable la société, l'entreprise ou l'établissement. Il est également appliqué une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué dans des conditions différentes de celles prévues au premier alinéa.

ARTICLE 9 – Modification du dispositif d'exonérations de cotisations sociales patronales dans les outre-mer (LODEOM)

I. Présentation de la mesure

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

Les économies ultramarines se caractérisent par des spécificités géographiques (éloignement, insularité, faible superficie, relief et climat difficiles) qui pèsent sur le développement économique de ces territoires. L'étroitesse de ces marchés contribue à des coûts unitaires de production et à des coûts de structure plus élevés qu'en métropole, qui sont soumis par ailleurs à une plus forte exposition à des risques exogènes, notamment les risques naturels climatiques et caractérisés par une accessibilité difficile. Ces caractéristiques géographiques ont des incidences sur la structure des marchés.

Les outre-mer sont des micro-économies à faible produit intérieur par rapport à la métropole et caractérisées par l'étroitesse de leurs marchés domestiques (l'entreprise domienne est en moyenne beaucoup plus petite que l'entreprise métropolitaine, d'où une prépondérance des micro-entreprises, une faible présence d'entreprises de taille intermédiaire et l'absence d'entreprises de plus de 5 000 salariés). Leur balance commerciale est largement et structurellement déficitaire. L'économie locale se caractérise par la prépondérance de trois domaines d'activité : l'agriculture, le bâtiment et les travaux publics et le tourisme. Par ailleurs, les PME et TPE sont souvent fragiles et sous-capitalisées ce qui les rend plus vulnérables en période de crise.

Le dispositif de réduction de cotisations patronales dont bénéficient les entreprises ultramarines vise à pallier ces difficultés structurelles et améliorer la compétitivité de leurs entreprises tout en encourageant la création d'emplois pérennes. Ce dispositif, qui représente plus des trois quarts du coût total des dispositifs dédiés à l'outre-mer, constitue une mesure essentielle en faveur des entreprises d'outre-mer, au regard du coût budgétaire engagé (975 M€ en 2014 et du nombre de salariés concernés (169 557). Les secteurs les plus représentés sont le commerce (17%), suivi de la construction (14,5%), de l'hébergement et restauration (10%) et des activités de services administratifs (10%). Les entreprises de moins de 10 salariés représentent près de la moitié des effectifs exonérés (47%). La Réunion représente 40% des exonérations, suivie de la Martinique (22,5%) et de la Guadeloupe (22%).

L'intensité de l'aide apportée par l'exonération dite « LODEOM » (par référence à la loi du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer qui l'a modifiée en dernier lieu) aux entreprises ultramarines est modulée en fonction de la taille de l'entreprise (moins de 11 salariés), ou de son appartenance à un secteur d'activité défini comme prioritaire (régime de droit commun) ou à fort potentiel de développement (régime renforcé), et de l'éligibilité ou non des entreprises au CICE, en application des dispositions de l'article 244 *quater* C et de l'article 207 du code général des impôts. En outre, les différentes formes d'exonération se composent d'une exonération totale, d'un plateau d'exonération (à l'exception du dispositif de droit commun) puis d'une exonération dégressive.

Depuis la création de ce dispositif en 1994, les exonérations de cotisations sociales en outre-mer ont connu plusieurs évolutions, ayant eu pour principaux objectifs :

- de renforcer l'effort de l'Etat au bénéfice des entreprises appartenant aux secteurs prioritaires dont le développement est jugé particulièrement déterminant pour la croissance de l'ensemble des économies ultramarines ;
- d'introduire une dégressivité dans le dispositif afin de limiter la dépense de l'Etat et de mieux cibler l'effort financier sur les rémunérations les plus basses ;
- de limiter les effets d'aubaine.

L'exonération LODEOM, différenciée selon les tailles d'entreprise et les secteurs d'activité, demeure cependant applicable jusqu'à des niveaux de salaires élevés, où l'effet sur l'emploi est moins prononcé voire inexistant.

Dans le cadre de sa revue de dépenses conduite en juin 2015 sur les exonérations et exemptions de cotisations sociales spécifiques, la mission conduite par l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a proposé de poursuivre la redéfinition du calibrage de l'exonération, notamment pour diminuer les points de sortie, qui varient selon les dispositifs de 2,6 SMIC à 4,5 SMIC (6 560 € bruts) en les ramenant à des niveaux moins élevés. Plusieurs rapports ont également pointé le coût du dispositif LODEOM et la dilution de l'aide liée à son étalement jusqu'à des niveaux de rémunération importants. Le coût du dispositif LODEOM est ainsi 2,9 fois plus élevé par salarié que les allègements généraux.

Il s'agit donc de renforcer l'efficience de la dépense liée à cette mesure tout en maîtrisant son dynamisme afin d'en assurer la pérennité, en réorientant l'aide plus nettement en direction des bas et moyens salaires.

Il s'agit également de maintenir une forte différenciation sectorielle de l'exonération, en lien avec les spécificités des économies ultramarines. La mesure renforce ainsi la compétitivité des secteurs dits « renforcés », tels qu'ils ont été identifiés par la loi pour le développement économique des outre-mer, à savoir la recherche et le développement, les

technologies de l'information et de la communication, le tourisme, y compris les activités s'y rapportant, l'environnement, l'agro-nutrition, les énergies renouvelables.

Cette mesure s'inscrit en cohérence avec la politique menée par les pouvoirs publics en faveur de la compétitivité et de l'emploi dans les entreprises ultramarines qui a relevé le taux de crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi à 9 % au 1er janvier 2016 contre un taux de 6 % au niveau du droit commun, qui s'ajoute aux mesures du Pacte de responsabilité et de solidarité comprenant la réduction de 1,8 point des cotisations d'allocations familiales, imputables à l'employeur jusqu'à un niveau de salaire de 1,6 SMIC en 2015 et de 3,5 SMIC à compter de 2016.

Au global, la rationalisation de l'effort financier public en faveur des entreprises ultramarines améliorera ainsi l'efficience et l'équité de l'allocation des ressources publiques en les ciblant davantage sur les bas salaires, compte tenu de l'importance plus grande que joue, à ce niveau, le facteur du coût du travail sur l'emploi. D'une part, la concentration des aides vers la main-d'œuvre à bas salaires sera bénéfique pour l'emploi et, d'autre part, le redéploiement des aides vers les secteurs les plus exposés à la concurrence, où l'activité est la plus sensible à la compétitivité prix et où les effets de déversement vers les autres secteurs sont les plus importants, devrait également avoir un effet bénéfique pour l'emploi et la compétitivité des économies ultramarines.

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

a) Mesure proposée

La mesure modifie les seuils de l'exonération LODEOM pour les entreprises situées en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

Le dispositif repose sur plusieurs mécanismes, en fonction du niveau de rémunération : une exonération totale de cotisations patronales, pour les rémunérations proches du SMIC, jusqu'à un montant ci-après dénommé « seuil », complétée le cas échéant d'une franchise de cotisations, pour un montant identique à celui appliqué au niveau du seuil, et ce jusqu'à un montant de rémunération dénommé ci-après « palier », montant au-delà duquel l'exonération décroît jusqu'à s'annuler, à un montant dénommé ci-après « plafond » du dispositif.

Les modifications de seuils visent à renforcer l'efficience de la dépense sans remettre en cause la nécessité d'une intervention spécifique renforcée dans certains secteurs :

- Le périmètre des entreprises ultramarines bénéficiaires reste identique. De ce fait, toutes les entreprises de moins de 11 salariés demeurent éligibles ;
- Les secteurs d'activités éligibles ainsi que les zones prioritaires ne sont pas modifiés.

La mesure vise à abaisser les niveaux de rémunération à partir desquels l'exonération n'est plus totale pour l'ensemble des entreprises ne faisant pas partie des secteurs et des zones prioritaires et à réduire les plafonds de rémunération à partir desquels l'exonération cesse pour ces entreprises. Elle concentre l'effort sur les salaires dont les niveaux se rapprochent du SMIC, qui représentent le plus grand nombre de salariés (61 % des salariés ont une rémunération inférieure ou égale à 1,4 SMIC et 76 % inférieure ou égale à 1,6 SMIC) et pour lesquels il est établi qu'un dispositif d'exonération de cotisations est le plus efficace pour favoriser l'emploi.

Par ailleurs, afin de ne pas pénaliser les secteurs les plus exposés à la concurrence internationale, le point de sortie pour les secteurs prioritaires éligibles au CICE est augmenté.

Ainsi :

- Pour les entreprises de moins de 11 salariés éligibles au CICE, la disposition qui leur permettait de maintenir l'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale calculée pour un salaire de 1,4 SMIC, jusqu'au palier de 1,8 SMIC est modifiée. Ce palier est désormais abaissé à 1,6 SMIC, l'exonération restant totale pour les rémunérations inférieures ou égales à 1,4 SMIC. Pour ces mêmes entreprises, le point de sortie du dispositif est fixé à 2,3 SMIC contre 2,8 SMIC précédemment. Le palier et le plafond sont également abaissés pour les entreprises de moins de 11 salariés non bénéficiaires du CICE, respectivement à 2 SMIC et 3 SMIC, contre 2,2 SMIC et 3,8 SMIC précédemment.

- Pour les entreprises bénéficiaires du régime de droit commun (exonérées au titre de leur secteur d'activité), l'exonération totale est ramenée de 1,4 à 1,3 SMIC pour celles éligibles au CICE. En outre, le plafond du dispositif est abaissé à 2 SMIC pour les entreprises éligibles au CICE et 3 SMIC pour celles qui ne le sont pas, contre respectivement 2,6 et 3,8 SMIC précédemment.

- Pour les entreprises éligibles au dispositif renforcé, le seuil d'exonération totale, et, avec lui, le niveau des franchises est porté de 1,6 à 1,7 SMIC. En outre, pour les employeurs éligibles au CICE, la franchise s'applique jusqu'à 2,5 SMIC et les rémunérations sont désormais éligibles jusqu'à 3,5 SMIC, ce qui accroit ces deux limites de 0,5 point.

En nombre de SMIC		Droit en vigueur	Réforme
Entreprises de moins de 11 salariés	Seuil	1,4	1,4
	Palier	2,2	2
	Plafond	3,8	3
Entreprises de moins de 11 salariés éligibles au CICE	Seuil	1,4	1,4
	Palier	1,8	1,6
	Plafond	2,8	2,3
Entreprises bénéficiant du dispositif de droit commun	Seuil	1,4	1,4
	Palier	1,4	1,4
	Plafond	3,8	3
Entreprises bénéficiant du dispositif de droit commun éligibles au CICE	Seuil	1,4	1,3
	Palier	1,4	1,3
	Plafond	2,6	2
Entreprises bénéficiant du dispositif renforcé	Seuil	1,6	1,7
	Palier	2,5	2,5
	Plafond	4,5	4,5
Entreprises bénéficiant du dispositif renforcé éligibles au CICE	Seuil	1,6	1,7
	Palier	2	2,5
	Plafond	3	3,5

b) Autres options possibles

Une autre option consisterait à supprimer totalement les dispositifs de franchise, en conservant une dégressivité de l'exonération jusqu'à des points de sortie eux-mêmes diminués. Cette option n'a pas été retenue dans la mesure où pour les entreprises de moins de 11 salariés, elle réduit l'avantage à partir de niveaux de rémunération assez bas (1,4 SMIC).

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

En ce qu'elle modifie les règles d'assujettissement aux cotisations et contributions affectées au financement de la sécurité sociale et l'équilibre financier des régimes, cette disposition a vocation à figurer dans le volet recettes de la loi de financement de la sécurité sociale (3° du B du V de l'article LO. 111-3 du CSS).

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

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

Les collectivités de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy ont été saisies pour avis en application des dispositions organiques propres à ces deux collectivités. Par ailleurs, à titre facultatif s'agissant de collectivités non régies par une loi organique, les collectivités de la Guadeloupe, de Martinique, de Guyane et de la Réunion ont également été saisies de ce projet d'article.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Le dispositif des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale spécifique à l'outre-mer a été mis en place sur la base du Règlement (UE) N°651/2014 (RGEC) qui, conformément à l'article 11 du RGEC, demande une information succincte de la Commission Européenne dans les 20 jours ouvrables qui suivent l'entrée en vigueur du dispositif.

Ce régime est enregistré sous la référence « SA.41040 (2015/X) - Exonération de cotisations patronales de sécurité sociale ».

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

a) Possibilité de codification

Pour assurer la mise en œuvre des modifications apportées au dispositif d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale en outre-mer, il convient de modifier l'article L.752-3-2 du code de la sécurité sociale.

Les modifications du dispositif instituées par la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer (LODEOM) nécessiteront par ailleurs une modification par décret en Conseil d'Etat de l'article R. 752-19-1 du code de la sécurité sociale afin d'ajuster les formules de calcul de l'exonération.

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	*Mesure directement applicable*
Mayotte	*Mesure non applicable – dispositif spécifique*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Mesure directement applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure non applicable (dispositif spécifique)*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette modification du dispositif d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale représente un montant net de 75 M€ d'économies pour les finances publiques, en intégrant l'impact financier du relèvement de l'exonération pour les secteurs bénéficiant du dispositif renforcé.

S'agissant d'exonérations compensées intégralement à la sécurité sociale par le budget de l'Etat, l'impact financier est neutre pour les régimes, malgré le gain induit par la mesure toutes administrations publiques confondues.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2013 (rectificatif)	2014 P ou R	2015	2016	2017
Régimes de sécurité sociale			+75 -75	+75 -75	+75 -75

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

a) impacts économiques

Cette modification du dispositif d'exonération des cotisations patronales de sécurité sociale entraine une exclusion du champ des exonérations patronales au titre de 10 159 salariés et une diminution du niveau des aides pour 40 896 salariés. Ainsi 6,7 % des salariés de ces entreprises sortiront du dispositif et 26,9 % seront affectés au total. En revanche, elle renforcera le bénéfice des exonérations pour les entreprises du secteur renforcé (tourisme, R&D, technologies de l'information et de la communication, agroalimentaire, énergies renouvelables).

Cette modification sera essentiellement ciblée sur les entreprises de plus de 11 salariés (12,3 % des salariés seront exclus du dispositif contre 3,6 % pour les entreprises de moins de 11).

b) impacts sociaux

La mesure est sans impact social : les droits sociaux ne sont pas modifiés par cette modulation.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Le dispositif proposé ne requiert pas de moyens particuliers pour sa mise en œuvre. Les organismes de recouvrement assureront l'information auprès des employeurs.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat modifiant l'article R. 752-19-1 du code de la sécurité sociale devra être publié au premier semestre 2016 et la lettre circulaire n° 20140000031 - Exonération dite LODEOM applicable dans les départements d'outremer du 5 août 2014 modifiée. Le délai de publication de ce décret est sans incidence sur l'entrée en vigueur du nouveau régime d'exonération qui s'applique, en vertu de l'article législatif, au titre des cotisations dues à compter du 1er janvier 2016.

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

La mesure entre en vigueur au 1er janvier 2016, sans mesure transitoire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information sera réalisé par le biais des régimes concernés, sous la forme de documents infra-réglementaires.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi statistique de la mesure sera retracé dans les documents budgétaires relatifs au programme sur lequel repose la compensation de cette exonération à la sécurité sociale (projet et rapport annuels de performance du programme 138 « Emploi outre-mer » de la mission « Outre-mer » ainsi que dans l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) - présentation des mesures d'exonérations de cotisations et contributions et de leurs compensations.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.752-3-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.752-3-2 modifié du code de la sécurité sociale
I. — En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions définies au présent article.	I. — En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions définies au présent article.
II. — L'exonération s'applique :	II. — L'exonération s'applique :
1° Aux entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail, occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif d'une entreprise passe au-dessous de onze salariés ;	1° Aux entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail, occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif d'une entreprise passe au-dessous de onze salariés ;
2° Aux entreprises, quel que soit leur effectif, du secteur du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, y compris les coopératives agricoles et sociétés d'intérêt collectif agricoles et leurs unions, ainsi que les coopératives maritimes et leurs unions, du tourisme, de la restauration de tourisme y compris les activités de loisirs s'y rapportant, et de l'hôtellerie ;	2° Aux entreprises, quel que soit leur effectif, du secteur du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, y compris les coopératives agricoles et sociétés d'intérêt collectif agricoles et leurs unions, ainsi que les coopératives maritimes et leurs unions, du tourisme, de la restauration de tourisme y compris les activités de loisirs s'y rapportant, et de l'hôtellerie ;
3° Aux entreprises de transport aérien assurant : a) La liaison entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon ou Mayotte ; b) La liaison entre ces départements ou collectivités ; c) La desserte intérieure de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin.	3° Aux entreprises de transport aérien assurant : a) La liaison entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon ou Mayotte ; b) La liaison entre ces départements ou collectivités ; c) La desserte intérieure de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin.

Seuls sont pris en compte les personnels de ces entreprises concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin ;	Seuls sont pris en compte les personnels de ces entreprises concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin ;
4° Aux entreprises assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte.	4° Aux entreprises assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte.
III. — A. - Pour les entreprises mentionnées au I de l'article 244 quater C du code général des impôts et, au titre des rémunérations définies aux quatrième et cinquième phrases du même I, pour les organismes mentionnés à l'article 207 du même code, l'exonération est calculée selon les modalités suivantes :	III. — A. - Pour les entreprises mentionnées au I de l'article 244 quater C du code général des impôts et, au titre des rémunérations définies aux quatrième et cinquième phrases du même I, pour les organismes mentionnés à l'article 207 du même code, l'exonération est calculée selon les modalités suivantes :
Le montant de l'exonération est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction de sa rémunération telle que définie à l'article L. 242-1. Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale à 2,6 fois le salaire minimum de croissance.	Le montant de l'exonération est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction de sa rémunération telle que définie à l'article L. 242-1. Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de ~~*40%*~~ **30 %,** le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale ~~*à 2,6 fois le salaire minimum de croissance*~~ **au salaire minimum de croissance majoré de 100%.**
Pour les employeurs dont l'effectif est inférieur à onze salariés, lorsque la rémunération horaire est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 % et inférieure à un seuil égal à 1,8 fois le salaire minimum de croissance, la rémunération est exonérée des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. A partir du seuil de 1,8 fois le salaire minimum de croissance, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale à 2,8 fois le salaire minimum de croissance.	~~*Pour les employeurs dont l'effectif est inférieur à onze salariés, lorsque la rémunération horaire est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 % et inférieure à un seuil égal à 1,8 fois le salaire minimum de croissance, la rémunération est exonérée des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. A partir du seuil de 1,8 fois le salaire minimum de croissance, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale à 2,8 fois le salaire minimum de croissance.*~~
	Pour les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail et occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40%, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60%, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au-

	delà du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60%, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 130%.
B. - Pour les entreprises, employeurs et organismes autres que ceux mentionnés au A : 1° La rémunération horaire mentionnée aux deux derniers alinéas du A à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale à 3,8 fois le salaire minimum de croissance ; 2° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 % est égal à 2,2 fois le salaire minimum de croissance.	~~*B. - Pour les entreprises, employeurs et organismes autres que ceux mentionnés au A :*~~ ~~*1° La rémunération horaire mentionnée aux deux derniers alinéas du A à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale à 3,8 fois le salaire minimum de croissance ;*~~ ~~*2° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 % est égal à 2,2 fois le salaire minimum de croissance.*~~ **B. - Pour les entreprises, employeurs et organismes autres que ceux mentionnés au A :** **1° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au deuxième alinéa du A en-deçà duquel la rémunération est totalement exonérée de cotisations à la charge de l'employeur est égal au salaire minimum de croissance majoré de 40%. Le seuil de la rémunération horaire mentionnée au deuxième alinéa du A à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200%;** **2° Le seuil de la rémunération horaire mentionnée au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 % est égal au salaire minimum de croissance majoré de 100%. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroit et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200%.**
IV. — Par dérogation au III, le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas du présent IV pour les entreprises situées en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion et à Saint-Martin respectant les conditions suivantes : 1° Employer moins de deux cent cinquante salariés et avoir réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros ; 2° Avoir une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts, ou de même nature dans le cas des entreprises exploitées à Saint-Martin, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises, recherche et développement ou technologies de l'information et de la communication ; 3° Etre soumises de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition ; 4° A l'exception des entreprises situées en Guyane, dans les îles des Saintes, à Marie-Galante, à La Désirade et dans les communes de La Réunion définies par l'article 2 du	IV. — Par dérogation au III, le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas du présent IV pour les entreprises situées en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion et à Saint-Martin respectant les conditions suivantes : 1° Employer moins de deux cent cinquante salariés et avoir réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros ; 2° Avoir une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts, ou de même nature dans le cas des entreprises exploitées à Saint-Martin, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises, recherche et développement ou technologies de l'information et de la communication ; 3° Etre soumises de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition ; 4° A l'exception des entreprises situées en Guyane, dans les îles des Saintes, à Marie-Galante, à La Désirade et dans les communes de La Réunion définies par l'article 2 du

décret n° 78-690 du 23 juin 1978 portant création d'une zone spéciale d'action rurale dans le département de La Réunion, ainsi que dans les communes de la Guadeloupe et de la Martinique, dont la liste est fixée par décret, qui satisfont cumulativement aux trois critères suivants :	décret n° 78-690 du 23 juin 1978 portant création d'une zone spéciale d'action rurale dans le département de La Réunion, ainsi que dans les communes de la Guadeloupe et de la Martinique, dont la liste est fixée par décret, qui satisfont cumulativement aux trois critères suivants :
-elles sont classées en zone de montagne au sens de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne ;	-elles sont classées en zone de montagne au sens de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne ;
-elles sont situées dans un arrondissement dont la densité de population, déterminée sur la base des populations légales en vigueur au 1er janvier 2009, est inférieure à 270 habitants par kilomètre carré ;	-elles sont situées dans un arrondissement dont la densité de population, déterminée sur la base des populations légales en vigueur au 1er janvier 2009, est inférieure à 270 habitants par kilomètre carré ;
-leur population, au sens de l'article L. 2334-2 du code général des collectivités territoriales, était inférieure à 10 000 habitants en 2008 :	-leur population, au sens de l'article L. 2334-2 du code général des collectivités territoriales, était inférieure à 10 000 habitants en 2008 :
a) Exercer leur activité principale dans l'un des secteurs suivants : recherche et développement, technologies de l'information et de la communication, tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, environnement, agronutrition ou énergies renouvelables ;	a) Exercer leur activité principale dans l'un des secteurs suivants : recherche et développement, technologies de l'information et de la communication, tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, environnement, agronutrition ou énergies renouvelables ;
b) Ou :	b) Ou :
-avoir signé avec un organisme public de recherche ou une université, y compris étrangers, une convention, agréée par l'autorité administrative, portant sur un programme de recherche dans le cadre d'un projet de développement sur l'un ou plusieurs de ces territoires si les dépenses de recherche, définies aux a à g du II de l'article 244 quater B du code général des impôts, engagées dans le cadre de cette convention représentent au moins 5 % des charges totales engagées par l'entreprise au titre de l'exercice écoulé ;	-avoir signé avec un organisme public de recherche ou une université, y compris étrangers, une convention, agréée par l'autorité administrative, portant sur un programme de recherche dans le cadre d'un projet de développement sur l'un ou plusieurs de ces territoires si les dépenses de recherche, définies aux a à g du II de l'article 244 quater B du code général des impôts, engagées dans le cadre de cette convention représentent au moins 5 % des charges totales engagées par l'entreprise au titre de l'exercice écoulé ;
-ou avoir réalisé des opérations sous le bénéfice du régime de transformation sous douane défini aux articles 130 à 136 du règlement (CEE) n° 2913/92 du Conseil du 12 octobre 1992 établissant le code des douanes communautaire, si le chiffre d'affaires provenant de ces opérations représente au moins un tiers du chiffre d'affaires de l'exploitation au titre de l'exercice écoulé.	-ou avoir réalisé des opérations sous le bénéfice du régime de transformation sous douane défini aux articles 130 à 136 du règlement (CEE) n° 2913/92 du Conseil du 12 octobre 1992 établissant le code des douanes communautaire, si le chiffre d'affaires provenant de ces opérations représente au moins un tiers du chiffre d'affaires de l'exploitation au titre de l'exercice écoulé.
Les conditions prévues aux 1° et 2° s'apprécient à la clôture de chaque exercice.	Les conditions prévues aux 1° et 2° s'apprécient à la clôture de chaque exercice.
Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 % et inférieure à un seuil égal à 2 fois le salaire minimum de croissance, la rémunération est exonérée des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 60 %. A partir du seuil de 2 fois le salaire minimum de croissance, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale à 3 fois le salaire minimum de croissance.	~~*Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 % et inférieure à un seuil égal à 2 fois le salaire minimum de croissance, la rémunération est exonérée des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 60 %. A partir du seuil de 2 fois le salaire minimum de croissance, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale à 3 fois le salaire minimum de croissance.*~~
Par dérogation à l'avant-dernier alinéa du présent IV, pour les employeurs mentionnés au B du III du présent article, le seuil de la rémunération horaire en deçà duquel la rémunération est exonérée dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 60 % est égal à 2,5 fois le salaire minimum de croissance et la rémunération horaire à partir de laquelle l'exonération devient nulle est	~~*Par dérogation à l'avant-dernier alinéa du présent IV, pour les employeurs mentionnés au B du III du présent article, le seuil de la rémunération horaire en deçà duquel la rémunération est exonérée dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 60 % est égal à 2,5 fois le salaire minimum de croissance et la rémunération horaire à partir de laquelle l'exonération devient nulle est*~~

égale à 4,5 fois le salaire minimum de croissance.	~~*égale à 4,5 fois le salaire minimum de croissance*~~**.** **Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70%, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150%, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. A partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150%, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 250%.** **Par dérogation à l'avant-dernier alinéa du présent IV, pour les employeurs mentionnés au B du III du présent article, la rémunération horaire à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350%.**
V. — Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé par l'entreprise dans chacune des collectivités mentionnées au I, tous établissements confondus dans le cas où l'entreprise compte plusieurs établissements dans la même collectivité. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par les articles L. 1111-2 et L. 1251-54 du code du travail. Lorsque dans une même entreprise ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés.	V. — Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé par l'entreprise dans chacune des collectivités mentionnées au I, tous établissements confondus dans le cas où l'entreprise compte plusieurs établissements dans la même collectivité. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par les articles L. 1111-2 et L. 1251-54 du code du travail. Lorsque dans une même entreprise ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés.
VI. — Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur a, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité. Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.	VI. — Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur a, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité. Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.
VII. — Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allégements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail. Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé,	VII. — Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allégements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail. Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des

par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées à l'alinéa précédent, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.	agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées à l'alinéa précédent, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.
VIII. — Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.	~~***VIII.*** *~~— Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.~~* **VIII. — Lorsque les exonérations mentionnées aux III et IV sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée, par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance.**

ARTICLE 10 – Suppression des dispositifs d'exonérations sociales applicables aux bassins d'emplois à redynamiser (BER), aux zones de restructuration de la défense (ZRD) et aux zones de revitalisation rurale (ZRR)

I. Présentation de la mesure

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

Les exonérations territoriales ou sectorielles constituent aujourd'hui un levier limité de création d'emploi ou d'activité. Dans un contexte de contrainte budgétaire et alors que de nombreux rapports d'évaluation ont mis en évidence le manque d'efficacité de ces dispositifs au regard de leur objectif sur l'emploi et que leur avantage comparatif par rapport aux allègements généraux a été réduit par le Pacte de responsabilité et de solidarité mis en place depuis le 1er janvier 2015, la pertinence du maintien de ces exonérations zonées se pose aujourd'hui avec acuité.

Les constats critiques déjà opérés à l'encontre de ces dispositifs ont été renouvelés par la mission IGAS-IGF dans le cadre de sa revue des dépenses de juin 2015 sur les exonérations et exemptions sociales, qui met en avant :

- d'une part, la complexité et le manque de lisibilité des critères d'éligibilité de ces exonérations : soit les dispositifs perdent en efficacité du fait de leur éparpillement générant un effet de dilution (ZRR), soit au contraire du fait de leur caractère beaucoup trop restreint (BER), qui serait vecteur d'inégalités entre territoires. La mission IGAS-IGF note, en outre, sur ces dispositifs zonés, l'importance des montants de redressements constatés par l'ACOSS, traduisant une appropriation imparfaite de la réglementation, qui est pour une grande partie le reflet d'une réglementation comportant des critères d'exigibilité complexes à respecter tout comme à contrôler.
- d'autre part, leur coût extrêmement élevé qui s'avère peu justifié au regard d'un effet emploi limité. Une évaluation économique a ainsi démontré l'absence d'effet sur le niveau de l'emploi entre des territoires aux caractéristiques comparables situés de part et d'autre du zonage ZRR. Le coût de ces dispositifs est 2 à 3 fois plus élevé par salarié que les allègements généraux. Ces dispositifs sont également sujets à des effets d'aubaine importants, soit du fait de leur temporalité trop courte pour déterminer réellement une décision d'embauche (12 mois pour ZRR), soit du fait de l'absence d'un point de sortie (BER), soit du fait de points de sortie très éloignés du SMIC (ZRD). A ce coût manifestement excessif se cumulent des avantages fiscaux ou des subventions en faveur des entreprises qui en bénéficient.

Enfin, les allègements généraux, renforcés par le Pacte de responsabilité et de solidarité, représentent un dispositif de substitution nettement plus efficient, concentré sur les bas salaires et disposant d'un coefficient d'exonération majoré depuis le 1er janvier 2015 qui conduit le dispositif de droit commun à être parfois plus favorable que les dispositifs zonés au niveau où l'effet sur l'emploi est le plus important. Ce nouveau contexte invite à reconsidérer l'existence de ces dispositifs spécifiques.

- ***Bassins d'emploi à redynamiser (BER)***

Le dispositif d'exonération en faveur des « bassins d'emploi à redynamiser (BER) » a été instauré par la loi n°2006-1771 de finances rectificative pour 2006 et est entré en vigueur au 1er janvier 2007. La mesure visait historiquement à favoriser l'emploi en encourageant l'implantation d'entreprises dans ces zones caractérisées par des indicateurs socio-économiques dégradés.

L'avantage social consiste en une franchise de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, de la contribution au fonds national d'aide au logement (FNAL) et du versement transport. Cette exonération est totale jusqu'à 1,4 SMIC et, au-delà, est conservée sans limite de rémunération pour le montant correspondant à ce niveau de salaire.

Sont éligibles les établissements des entreprises exerçant une activité industrielle, artisanale, commerciale ou non commerciale, à l'exception des activités de crédit-bail mobilier et de location d'immeubles à usage d'habitation qui s'implantent dans un BER entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2017. Pour les entreprises implantées en BER à compter du 1er janvier 2014, l'exonération est accordée pendant 5 ans à compter de l'implantation ou de la création de l'entreprise dans la zone, ou à compter de la date d'effet du contrat pour les salariés embauchés au cours de ces 5 années. Pour les entreprises implantées avant le 31 décembre 2013, cette durée est de 7 ans. En conséquence, le dispositif BER, s'il n'était pas reconduit, s'éteindrait, en l'état du droit actuel, au 31 décembre 2025.

Le maintien de cette niche sociale ne se justifie pas au regard des critères de pertinence et d'efficience :

<u>Le dispositif BER s'applique à un zonage restreint, source d'inégalité entre les territoires</u>

Le zonage actuel ne comprend que deux bassins d'emplois : celui de la vallée de la Meuse dans les Ardennes (361 communes) et celui de Lavelanet dans l'Ariège (56 communes). Le zonage a été établi en fonction du taux de chômage et des variations annuelles moyennes de population et de taux d'emploi, sans aucune mise à jour depuis 2007. Ce

zonage non actualisé crée une situation d'inégalité entre les communes qui ouvrent droit aux exonérations et celles qui, bien que satisfaisant les critères requis, n'y ouvrent pas droit.

Le dispositif BER procure un avantage important quel que soit le niveau de rémunération

Contrairement à la quasi-totalité des autres dispositifs d'exonération, les rémunérations sont éligibles quel que soit leur niveau. Au-delà de 1,4 SMIC, le montant de l'exonération s'élève à 7 032 € par an et par salarié. Or il est admis que l'élasticité au coût du travail diminue en fonction de l'élévation du niveau de rémunération. Aussi, l'effet d'une exonération de cotisations sur l'emploi est nul pour les rémunérations élevées et l'avantage ainsi accordé crée un effet d'aubaine important, sans nécessité économique et pour un coût budgétaire significatif.

Le dispositif BER est particulièrement coûteux au regard d'un effet emploi limité

Le dispositif BER coûte en moyenne 2,6 fois plus par salarié que la réduction générale de cotisations, avec un avantage social moyen de 5 000 € contre 1 900 € dans le droit commun, notamment du fait de l'absence de point de sortie du dispositif. En 2014, pour 4200 bénéficiaires, le dispositif a ainsi coûté 21 M€. A ce dispositif s'ajoutent les exonérations fiscales applicables dans les BER : exonération totale d'impôt sur le revenu et d'impôt sur les sociétés, de taxe foncière et de cotisation foncière des entreprises pendant cinq ans.

- ***Zone de revitalisation rurale (ZRR)***

Le dispositif d'exonération applicable dans les ZRR a été instauré en 1997 afin de favoriser le développement de l'emploi et l'activité économique dans ces zones. Les ZRR sont constituées de communes reconnues comme fragiles et bénéficiant à ce titre d'aides (communes ou EPCI situés dans un arrondissement ou un canton à faible densité de population et connaissant soit un déclin de leur population totale ou de leur population active, soit une forte proportion d'emplois agricoles).

L'avantage social consiste en une exonération des cotisations patronales d'assurance sociale (maladie, maternité, invalidité, décès et vieillesse) et d'allocations familiales. L'exonération est totale pour les rémunérations inférieures ou égales à 1,5 Smic et dégressive, ensuite, jusqu'à 2,4 Smic. L'exonération s'applique sur chaque embauche, tant que cette dernière ne porte pas l'effectif de l'entreprise au-delà de 50 salariés. Elle est valable pour une durée de 12 mois.

La mission IGAS-IGF de juin 2015 dans le cadre de la revue de dépenses des exonérations et exemptions sociales a porté une évaluation négative sur ce dispositif, en rappelant les différents rapports et études qui abondaient dans le sens de sa remise en question.

Le dispositif ZRR présente une faible efficacité économique

Le rapport IGA-IGAS-CGEDD-CGAAER d'évaluation du dispositif de revalorisation rurale de juillet 2014 note que l'exonération pour les créations d'emploi en ZRR représente aujourd'hui une faible efficacité économique. Le rapport souligne que les allègements généraux, renforcés par le Pacte de responsabilité et de solidarité, concurrencent directement l'exonération ZRR pour les rémunérations inférieures à 1,2 SMIC, là où se concentre l'essentiel de la masse salariale et où l'élasticité au coût du travail est la plus forte. Le rattrapage par le droit commun aboutit donc à ce que les employeurs privilégient les allègements généraux, un dispositif pérenne au détriment de l'exonération ZRR qui demeure méconnue et finalement peu attractive.

Les critères de zonage ne sont plus opérants

Les critères utilisés pour déterminer les zones de revitalisation rurale ne reflètent plus totalement les fragilités des territoires. D'une part, en l'absence de réactualisation du zonage, les critères démographiques ne sont plus pris en compte depuis 2005. La mise à jour de la liste des communes appartenant à une ZRR repose désormais exclusivement sur le critère institutionnel, en fonction des modifications de périmètre des EPCI à fiscalité propre. Elle vise également à inclure les communes classées en ZRR car relevant d'un EPCI dont plus de la moitié de la population relève de ce zonage. D'autre part, les critères définis dans le code général des impôts ne permettent plus d'apprécier la réalité de la situation des zones rurales. Le déclin de la population, généralisé dans les zones rurales lors de la création des ZRR, n'est plus désormais un critère pertinent dans la mesure où ces territoires ont globalement connu une hausse de la population. De même, la proportion d'agriculteurs n'est plus un indicateur pertinent de fragilité du fait de l'évolution démographique dans les différents secteurs de l'économie. En conséquence, le dispositif d'exonération n'est plus adapté à sa cible ni à son environnement.

La multiplicité des critères[1] permettant l'éligibilité aux dispositifs et l'absence d'actualisation des données permettant de déterminer le respect de ces critères complexifient le dispositif. Cela entraîne notamment des montants de redressements URSSAF élevés sur ce dispositif, ce qui traduit une appropriation imparfaite par les employeurs concernés.

[1] Pour être éligibles, les communes doivent remplir une série de critères liés notamment au recul démographique, définis à l'article 1465A du code générale des impôts et par le décret n°2013-548 du 26 juin 2013.

Le dispositif est coûteux sans effet notable avéré sur l'emploi

Au coût de ce dispositif en 2014 (22 M€) s'ajoute celui des exonérations fiscales (cotisations foncières des entreprises et impôt sur les bénéfices). Le rapport d'information de l'Assemblée nationale de MM. Alain Calmette et Jean-Pierre Vigier d'octobre 2014 pointe que l'impact du dispositif ZRR sur l'emploi est difficile à appréhender et relativement incertain, ou pour le moins modeste, notamment du fait de plusieurs facteurs comme une mauvaise connaissance du dispositif, sa technicité excessive (notamment pour les conditions d'éligibilité) ou l'absence de garantie sur sa pérennité.

- ***Zone de restructuration de la défense (ZRD)***

Le dispositif d'exonération sociale applicable dans les zones de restructuration de la défense (ZRD) a été instauré par la loi n° 2008-1443 de finances rectificatives pour 2008 afin d'accompagner les conséquences économiques de la réorganisation de la carte militaire. L'exonération est applicable depuis le 1er septembre 2009, date de parution de l'arrêté de classement des ZRD.

L'avantage social consiste en une exonération de cotisations patronales d'assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, décès et vieillesse) et d'allocations familiales dans la limite de 1,4 SMIC. Au-delà, l'exonération est dégressive jusqu'à 2,4 SMIC. L'exonération est valable cinq ans à partir de la date d'implantation ou de création de l'entreprise dans la ZRD. Son montant est progressivement réduit les quatrième et cinquième années (d'un tiers puis de deux tiers). Sont éligibles les établissements exerçant une activité industrielle, artisanale, commerciale ou non commerciale qui s'implantent dans une ZRD pour y exercer une activité nouvelle.

Le dispositif n'a pas, par nature, vocation à être pérenne

Sans intervention du législateur, le dispositif ZRD demeurera sans limitation de durée puisqu'aucune échéance n'est prévue dans les textes. Or, la phase de restructuration des implantations militaires est par nature limitée dans le temps.

Le bénéfice de l'exonération est particulièrement diffus et complexe

En 2014, l'ACOSS a recensé 2 000 salariés dont les rémunérations faisaient l'objet d'une exonération au titre de ZRD. Ce chiffre est égal au nombre de communes éligibles. Aussi, en moyenne, un salarié par commune classée en ZRD bénéficie de l'exonération. Le recours au dispositif est donc très limité et les crédits sont saupoudrés, ce qui obère la capacité du dispositif à avoir un effet réel sur l'emploi. A cela s'ajoute la complexité des critères pouvant être retenus permettant de définir les ZRD[1] et qui conduit à une appropriation imparfaite de la réglementation conduisant à des redressements importants de l'URSSAF sur ce dispositif.

Le dispositif a un coût élevé, qui n'est pas justifié par son efficacité

Le dispositif ZRD procure un avantage supplémentaire de 3 600 € par an et par salarié par rapport à la réduction générale des cotisations. En effet, le dispositif ZRD coûte en moyenne 2,9 fois plus par salarié que la réduction générale des cotisations : 5 600 € contre 1 900 €. En 2014, le dispositif a coûté 11 M€, coût en progression annuelle moyenne de 15,6% depuis 2012.

A ce montant s'ajoutent les exonérations fiscales applicables dans les ZRD, ainsi que les dispositifs de financement subventionnés en faveur des entreprises et d'aide aux collectivités territoriales, notamment : 300 M€ de financement de l'Etat sur la période 2009-2015 pour les contrats de site destinés à accompagner la réforme des implantations militaires et 2 M€ annuels d'exonération du bénéfice réalisé par les entreprises créées en ZRD.

Dans son rapport *Les aides de l'Etat aux territoires concernés par les restructurations des armées* de novembre 2014, la Cour des comptes préconisait la suppression de ce dispositif qu'elle juge « complexe à mettre en œuvre et de faible efficacité ».

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

a) Mesure proposée

La mesure retenue vise à supprimer progressivement les dispositifs d'exonération de cotisations sociales patronales dans les zones BER, les ZRR et les ZRD. Cela implique de ne plus accepter de nouveaux entrants dans les dispositifs. En revanche, les entreprises déjà bénéficiaires de ces dispositifs à la date de présentation de la réforme (conseil des ministres du 7 octobre 2015) pourront continuer à en bénéficier au titre des rémunérations versées aux salariés embauchés avant cette date.

[1] Des critères nombreux existent : un taux de chômage supérieur de trois points à la moyenne nationale ; une variation annuelle moyenne négative de la population entre les deux derniers recensements connus supérieure en valeur absolue à 0,15% ; une variation annuelle moyenne négative de l'emploi total sur une période de trois ans supérieure en valeur absolue à 0,75% ; un rapport entre la perte locale d'emplois directs du fait de la réorganisation des unités militaires sur le territoire national et la population salariée d'au moins 5%.

Du fait du renforcement des allègements généraux grâce au Pacte de responsabilité et de solidarité, ces entreprises pourront au fur et à mesure de l'extinction de leur éligibilité aux exonérations zonées spécifiques bénéficier de la réduction générale de cotisations patronales de droit commun pour leurs salariés, au titre des rémunérations versées pour un montant inférieur à 1,6 SMIC.

b) Autres options possibles

Une option alternative, à écarter, impliquerait de modifier les critères d'éligibilité, les zonages et le barème des exonérations. Cette démarche n'apparaît pas opportune dans la mesure où les dispositifs zonés, dans leur ensemble, sont moins efficients que la réduction générale des cotisations que les employeurs s'approprient aisément et qui concentre l'avantage financier sur les rémunérations les moins élevées. La suppression progressive de ces dispositifs a la vertu d'une lisibilité accrue pour les employeurs du paysage des dispositifs d'exonérations sociales.

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

En ce qu'elle modifie les règles d'assujettissement aux cotisations et contributions affectées au financement de la sécurité sociale et l'équilibre financier des régimes, cette disposition a vocation à figurer dans le volet recettes de la loi de financement de la sécurité sociale (3° du B du V de l'article LO. 111-3 du CSS). Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire. Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et que d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

S'agissant d'une abrogation, cette rubrique est sans objet.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure impliquera l'abrogation des décrets d'application de ces dispositifs.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La prévision des organismes de sécurité sociale pour 2016 pour les dispositifs d'exonérations BER, ZRR et ZRD est de 47,5 M€.

La mission IGF-IGAS d'évaluation des exonérations sociales spécifiques a estimé à 18 M€ le report sur les allègements généraux pour un montant d'exonérations ciblées BER, ZRR et ZRD de 39 M€ en 2015 (12 M€ sur ZRR, 3 M€ sur BER et 3 M€ sur ZRD). Ainsi, dans l'hypothèse où la suppression de ces dispositions serait intervenue dès 2016, l'impact sur les allègements généraux d'une suppression des dispositifs BER, ZRR et ZRD se serait élevé à 19,6 M€.

Il en résulte que la suppression de ces exonérations permettra une recette supplémentaire à terme de 27,8 M€ toutes administrations publiques confondues. L'économie nette pour les administrations publiques de la mesure s'élèvera à 6,5 M€ dès 2016 (compte tenu de la suppression progressive en 2016 de l'exonération ZRR et des effets reports sur les allègements généraux). Cette économie nette s'élèvera à 12 M€ en 2017 et montera en charge progressivement, jusqu'à représenter un montant de 27,8 M€ en 2021. L'économie brute s'élèvera à 15,5 M€ en 2016 et 25,5 M€ en 2015 pour le budget de l'Etat, pour atteindre 47,5 M€ en 2021.

S'agissant de dispositifs d'exonérations compensés à la sécurité sociale par dotation budgétaire de l'Etat, les dotations budgétaires de l'Etat à la sécurité sociale des dispositifs d'exonérations compensées seront diminuées à due concurrence.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
Sécurité sociale		0	0	0	0

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

a) impacts économiques

La mesure proposée met fin à des dispositifs dont l'effet économique, notamment l'impact favorable sur l'emploi n'est pas démontré. Avec un report sur le dispositif de la réduction générale de cotisations et contributions sociales, les employeurs continueront de bénéficier d'un avantage social important sur les rémunérations inférieures à 1,6 SMIC.

Pour les rémunérations proches du SMIC, le coût du travail pourra même être réduit car la réduction générale des cotisations est à ce niveau plus avantageuse que les dispositifs abrogés. La suppression des avantages sociaux accordés au titre des rémunérations supérieures à 1,6 SMIC permettra de mettre fin à l'effet d'aubaine que créaient ces dispositifs pour les niveaux élevés de rémunération.

b) impacts sociaux

La mesure est sans impact social : les droits sociaux n'étant pas modifiés par ces exonérations, ils ne le seront pas par leur suppression.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

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

Néant.

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

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

La mesure proposée implique un basculement vers la réduction générale des cotisations pour les salariés qui y sont éligibles, ce qui conduit à une forme de simplification et d'amélioration de la lisibilité des modalités de prélèvements et de recouvrement pour les entreprises.

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

La mesure permettra de ne plus définir et faire appliquer des règles spécifiques relatives à ces exonérations ainsi supprimées, ce qui simplifiera les calculs d'exonération et le contrôle lors du recouvrement.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

La mesure impliquera l'abrogation des décrets d'application de ces dispositifs.

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

c) La mesure entre en vigueur au 1er janvier 2016. Les entreprises déjà bénéficiaires de ces dispositifs à la date de présentation de la réforme (conseil des ministres du 7 octobre 2015) pourront continuer à en bénéficier au titre des rémunérations versées aux salariés embauchés avant cette date.

d) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information sera réalisé par le biais des régimes concernés, sous la forme de documents infra-réglementaires (lettre-circulaires de l'ACOSS, notamment).

e) Suivi de la mise en œuvre

Néant.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006	**Article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006**
I. à V.-Paragraphes modificateurs	I. à V.-Paragraphes modificateurs
VI.-Pour l'application de l'article 1383 H et du I quinquies A de l'article 1466 A du code général des impôts aux opérations intervenues en 2007, les délibérations contraires des collectivités territoriales et de leurs établissements publics de coopération intercommunale doivent être prises dans les soixante jours de la publication du texte réglementaire sélectionnant les bassins en application du 3 bis de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.	VI.-Pour l'application de l'article 1383 H et du I quinquies A de l'article 1466 A du code général des impôts aux opérations intervenues en 2007, les délibérations contraires des collectivités territoriales et de leurs établissements publics de coopération intercommunale doivent être prises dans les soixante jours de la publication du texte réglementaire sélectionnant les bassins en application du 3 bis de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.
VII.-Les gains et rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 741-10 du code rural, versés au cours d'un mois civil aux salariés employés par un établissement d'une entreprise exerçant les activités visées au deuxième alinéa du I de l'article 44 octies du code général des impôts qui s'implante entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2017 dans un bassin d'emploi à redynamiser définis au 3 bis de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 précitée, sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des allocations familiales ainsi que du versement transport et des contributions et cotisations au Fonds national d'aide au logement, dans la limite du produit du nombre d'heures rémunérées par le montant du salaire minimum de croissance majoré de 40 %.	~~*VII.-Les gains et rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 741-10 du code rural, versés au cours d'un mois civil aux salariés employés par un établissement d'une entreprise exerçant les activités visées au deuxième alinéa du I de l'article 44 octies du code général des impôts qui s'implante entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2017 dans un bassin d'emploi à redynamiser définis au 3 bis de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 précitée, sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des allocations familiales ainsi que du versement transport et des contributions et cotisations au Fonds national d'aide au logement, dans la limite du produit du nombre d'heures rémunérées par le montant du salaire minimum de croissance majoré de 40 %.*~~
L'exonération est ouverte au titre de l'emploi de salariés dont l'activité réelle, régulière et indispensable à l'exécution du contrat de travail s'exerce en tout ou partie dans un bassin d'emploi à redynamiser.	~~*L'exonération est ouverte au titre de l'emploi de salariés dont l'activité réelle, régulière et indispensable à l'exécution du contrat de travail s'exerce en tout ou partie dans un bassin d'emploi à redynamiser.*~~
Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de l'exonération est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.	~~*Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de l'exonération est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.*~~
Dans des conditions fixées par décret, l'exonération s'applique également aux gains et rémunérations versés aux salariés recrutés à l'occasion d'une extension d'établissement ouvrant droit à l'exonération de taxe professionnelle prévue au I quinquies A de l'article 1466 A du code général des impôts.	~~*Dans des conditions fixées par décret, l'exonération s'applique également aux gains et rémunérations versés aux salariés recrutés à l'occasion d'une extension d'établissement ouvrant droit à l'exonération de taxe professionnelle prévue au I quinquies A de l'article 1466 A du code général des impôts.*~~
L'exonération prévue au premier alinéa n'est pas applicable aux gains et rémunérations afférents aux emplois transférés par une entreprise dans une zone d'emploi à redynamiser pour lesquels l'employeur a bénéficié, au titre d'une ou plusieurs des cinq années précédant celle du transfert soit de l'exonération prévue à l'article L. 322-13 du code du travail, soit du versement de la prime d'aménagement du territoire.	~~*L'exonération prévue au premier alinéa n'est pas applicable aux gains et rémunérations afférents aux emplois transférés par une entreprise dans une zone d'emploi à redynamiser pour lesquels l'employeur a bénéficié, au titre d'une ou plusieurs des cinq années précédant celle du transfert soit de l'exonération prévue à l'article L. 322-13 du code du travail, soit du versement de la prime d'aménagement du territoire.*~~
L'exonération est applicable pendant une période de sept	~~*L'exonération est applicable pendant une période de sept*~~

ans à compter de la date d'implantation ou de la création. Lorsque la date d'implantation ou de création est postérieure au 31 décembre 2013, l'exonération est applicable pendant une période de cinq ans à compter de cette date. En cas d'embauche de salariés dans les sept années suivant la date de l'implantation ou de la création, l'exonération est applicable, pour ces salariés, dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, à compter de la date d'effet du contrat de travail. Lorsque la date d'implantation ou de création est postérieure au 31 décembre 2013, la période de sept années mentionnée à la première phrase est ramenée à cinq années. Le bénéfice de l'exonération mentionnée au premier alinéa du présent VII est subordonné au respect du règlement (CE) n° 1998/2006 de la Commission du 15 décembre 2006 concernant l'application des articles 87 et 88 du traité aux aides de minimis. Toutefois, lorsque le bénéfice des exonérations fiscales figurant aux articles 44 duodecies, 1383 H et au I quinquies A de l'article 1466 A du code général des impôts est subordonné au respect du règlement (CE) n° 1628/2006 de la Commission du 24 octobre 2006 concernant l'application des articles 87 et 88 du traité CE aux aides nationales à l'investissement à finalité régionale, le bénéfice de l'exonération mentionnée au premier alinéa du présent VII est subordonné au respect du même règlement. Le droit à l'exonération prévue au premier alinéa est subordonné à la condition que l'employeur soit à jour de ses obligations à l'égard de l'organisme de recouvrement des cotisations patronales de sécurité sociale et d'allocations familiales ou ait souscrit un engagement d'apurement progressif de ses dettes. Le bénéfice de l'exonération ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'Etat à l'emploi ou d'une exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale ou l'application de taux spécifiques d'assiettes ou montants de cotisations, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale. Les conditions de mise en oeuvre du présent VII, notamment s'agissant des obligations déclaratives des employeurs, sont fixées par décret. VIII.-Le VII s'applique à compter du 1er janvier 2007.	*ans à compter de la date d'implantation ou de la création. Lorsque la date d'implantation ou de création est postérieure au 31 décembre 2013, l'exonération est applicable pendant une période de cinq ans à compter de cette date.* *En cas d'embauche de salariés dans les sept années suivant la date de l'implantation ou de la création, l'exonération est applicable, pour ces salariés, dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, à compter de la date d'effet du contrat de travail. Lorsque la date d'implantation ou de création est postérieure au 31 décembre 2013, la période de sept années mentionnée à la première phrase est ramenée à cinq années.* *Le bénéfice de l'exonération mentionnée au premier alinéa du présent VII est subordonné au respect du règlement (CE) n° 1998/2006 de la Commission du 15 décembre 2006 concernant l'application des articles 87 et 88 du traité aux aides de minimis.* *Toutefois, lorsque le bénéfice des exonérations fiscales figurant aux articles 44 duodecies, 1383 H et au I quinquies A de l'article 1466 A du code général des impôts est subordonné au respect du règlement (CE) n° 1628/2006 de la Commission du 24 octobre 2006 concernant l'application des articles 87 et 88 du traité CE aux aides nationales à l'investissement à finalité régionale, le bénéfice de l'exonération mentionnée au premier alinéa du présent VII est subordonné au respect du même règlement.* *Le droit à l'exonération prévue au premier alinéa est subordonné à la condition que l'employeur soit à jour de ses obligations à l'égard de l'organisme de recouvrement des cotisations patronales de sécurité sociale et d'allocations familiales ou ait souscrit un engagement d'apurement progressif de ses dettes.* *Le bénéfice de l'exonération ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'Etat à l'emploi ou d'une exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale ou l'application de taux spécifiques d'assiettes ou montants de cotisations, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale.* *Les conditions de mise en oeuvre du présent VII, notamment s'agissant des obligations déclaratives des employeurs, sont fixées par décret.* *VIII.-Le VII s'applique à compter du 1er janvier 2007.*
Article 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008	**Article 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008**
VI. — 1. Les gains et rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 741-10 du code rural, versés au cours d'un mois civil aux salariés employés par un établissement d'une entreprise exerçant les activités visées au deuxième alinéa du I de l'article 44 octies du code général des impôts qui s'implante ou qui se crée pour exercer une nouvelle activité dans le périmètre d'une zone de restructuration de la défense définie au 1° du 3 ter de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire ou dans les emprises foncières libérées par la réorganisation	*VI. — 1. Les gains et rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 741-10 du code rural, versés au cours d'un mois civil aux salariés employés par un établissement d'une entreprise exerçant les activités visées au deuxième alinéa du I de l'article 44 octies du code général des impôts qui s'implante ou qui se crée pour exercer une nouvelle activité dans le périmètre d'une zone de restructuration de la défense définie au 1° du 3 ter de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire ou dans les emprises foncières libérées par la réorganisation d'unités militaires ou d'établissements du*

d'unités militaires ou d'établissements du ministère de la défense situées dans les communes définies au seul 2° du même 3 ter, sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales.

L'exonération est applicable au titre des implantations et créations réalisées pendant une période de trois ans débutant à la date de publication de l'arrêté prévu au dernier alinéa du même 3 ter ou, si cette seconde date est postérieure, au 1er janvier de l'année précédant celle au titre de laquelle le territoire ou la commune est reconnu comme zone de restructuration de la défense par cet arrêté.

L'exonération est applicable pendant cinq ans à compter de l'implantation ou de la création.

Le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %.A partir de ce seuil, le montant de l'exonération décroît de manière linéaire et devient nul lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 140 %. Il fait l'objet d'une réduction égale au tiers la quatrième année et aux deux tiers la cinquième année.

2.L'exonération prévue au premier alinéa du 1 est ouverte au titre de l'emploi de salariés dont l'activité réelle, régulière et indispensable à l'exécution du contrat de travail s'exerce en tout ou partie dans une zone de restructuration de la défense.

3.L'exonération prévue au premier alinéa du 1 n'est pas applicable aux entreprises créées dans le cadre d'une concentration, d'une restructuration, d'une extension d'activités préexistantes ou d'une reprise de telles activités au sens du III de l'article 44 sexies du code général des impôts, sauf lorsque ces activités préexistantes dans la zone sont le fait d'entreprises qui ont mis en œuvre un plan de sauvegarde de l'emploi dans les conditions prévues par l'article L. 1233-61 du code du travail ou font l'objet d'une procédure collective visée aux articles L. 631-1 ou L. 640-1 du code de commerce, ou d'entreprises qui bénéficient de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 du présent article. Dans ce dernier cas, l'exonération est ouverte pour la durée restant à courir.

4.L'exonération prévue au premier alinéa du 1 n'est pas applicable aux gains et rémunérations afférents aux emplois transférés par une entreprise dans une zone de restructuration de la défense pour lesquels l'employeur a bénéficié, au titre d'une ou plusieurs des cinq années précédant celle du transfert, soit de l'exonération prévue à l'article L. 131-4-2 du code de la sécurité sociale, soit de l'exonération prévue aux articles 12 et 13 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, soit du versement d'une prime d'aménagement du territoire.

L'exonération visée au premier alinéa du 1 du présent VI dans une emprise foncière libérée par la réorganisation d'unités militaires ou d'établissements du ministère de la défense située dans une commune définie au seul 2° du 3 ter de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 précitée n'est pas applicable aux gains et rémunérations afférents aux emplois transférés dans cette emprise depuis des établissements situés dans le reste du territoire de la

~~*ministère de la défense situées dans les communes définies au seul 2° du même 3 ter, sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales.*~~

~~*L'exonération est applicable au titre des implantations et créations réalisées pendant une période de trois ans débutant à la date de publication de l'arrêté prévu au dernier alinéa du même 3 ter ou, si cette seconde date est postérieure, au 1er janvier de l'année précédant celle au titre de laquelle le territoire ou la commune est reconnu comme zone de restructuration de la défense par cet arrêté.*~~

~~*L'exonération est applicable pendant cinq ans à compter de l'implantation ou de la création.*~~

~~*Le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %.A partir de ce seuil, le montant de l'exonération décroît de manière linéaire et devient nul lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 140 %. Il fait l'objet d'une réduction égale au tiers la quatrième année et aux deux tiers la cinquième année.*~~

~~*2.L'exonération prévue au premier alinéa du 1 est ouverte au titre de l'emploi de salariés dont l'activité réelle, régulière et indispensable à l'exécution du contrat de travail s'exerce en tout ou partie dans une zone de restructuration de la défense.*~~

~~*3.L'exonération prévue au premier alinéa du 1 n'est pas applicable aux entreprises créées dans le cadre d'une concentration, d'une restructuration, d'une extension d'activités préexistantes ou d'une reprise de telles activités au sens du III de l'article 44 sexies du code général des impôts, sauf lorsque ces activités préexistantes dans la zone sont le fait d'entreprises qui ont mis en œuvre un plan de sauvegarde de l'emploi dans les conditions prévues par l'article L. 1233-61 du code du travail ou font l'objet d'une procédure collective visée aux articles L. 631-1 ou L. 640-1 du code de commerce, ou d'entreprises qui bénéficient de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 du présent article. Dans ce dernier cas, l'exonération est ouverte pour la durée restant à courir.*~~

~~*4.L'exonération prévue au premier alinéa du 1 n'est pas applicable aux gains et rémunérations afférents aux emplois transférés par une entreprise dans une zone de restructuration de la défense pour lesquels l'employeur a bénéficié, au titre d'une ou plusieurs des cinq années précédant celle du transfert, soit de l'exonération prévue à l'article L. 131-4-2 du code de la sécurité sociale, soit de l'exonération prévue aux articles 12 et 13 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, soit du versement d'une prime d'aménagement du territoire.*~~

~~*L'exonération visée au premier alinéa du 1 du présent VI dans une emprise foncière libérée par la réorganisation d'unités militaires ou d'établissements du ministère de la défense située dans une commune définie au seul 2° du 3 ter de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 précitée n'est pas applicable aux gains et rémunérations afférents aux emplois transférés dans cette emprise depuis des établissements situés dans le reste du territoire de la commune ou celui des communes limitrophes.*~~

~~*5. Le bénéfice de l'exonération prévue au premier alinéa du*~~

commune ou celui des communes limitrophes. 5. Le bénéfice de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'Etat à l'emploi ou d'une exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale ou l'application d'assiettes, montants ou taux de cotisations spécifiques, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale. Le bénéfice de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 du présent VI est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 du présent VI est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive. 6. Le bénéfice de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 est subordonné au respect du règlement (CE) n° 1998 / 2006 de la Commission du 15 décembre 2006 concernant l'application des articles 87 et 88 du traité aux aides de minimis. Toutefois, sur option des entreprises qui procèdent aux opérations mentionnées au premier alinéa du 1 du présent VI dans les zones d'aide à finalité régionale, le bénéfice de l'exonération prévue au même alinéa est subordonné au respect de l'article 13 du règlement (CE) n° 800 / 2008 de la Commission du 6 août 2008 déclarant certaines catégories d'aides compatibles avec le marché commun en application des articles 87 et 88 du traité (Règlement général d'exemption par catégorie). L'option mentionnée à l'alinéa précédent est irrévocable pour la durée de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 du présent VI. Elle doit être exercée dans les six mois qui suivent les implantations ou créations mentionnées au même 1.	~~1 ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'Etat à l'emploi ou d'une exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale ou l'application d'assiettes, montants ou taux de cotisations spécifiques, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale.~~ ~~Le bénéfice de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 du présent VI est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement.~~ ~~Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 du présent VI est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.~~ ~~6. Le bénéfice de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 est subordonné au respect du règlement (CE) n° 1998 / 2006 de la Commission du 15 décembre 2006 concernant l'application des articles 87 et 88 du traité aux aides de minimis. Toutefois, sur option des entreprises qui procèdent aux opérations mentionnées au premier alinéa du 1 du présent VI dans les zones d'aide à finalité régionale, le bénéfice de l'exonération prévue au même alinéa est subordonné au respect de l'article 13 du règlement (CE) n° 800 / 2008 de la Commission du 6 août 2008 déclarant certaines catégories d'aides compatibles avec le marché commun en application des articles 87 et 88 du traité (Règlement général d'exemption par catégorie).~~ ~~L'option mentionnée à l'alinéa précédent est irrévocable pour la durée de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 du présent VI. Elle doit être exercée dans les six mois qui suivent les implantations ou créations mentionnées au même 1.~~
Article L. 131-4-2 du code de la sécurité sociale	**Article L. 131-4-2 du code de la sécurité sociale**
I. - Les gains et rémunérations, au sens de l'article L. 242-1 ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, versés au cours d'un mois civil aux salariés embauchés dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts sont, dans les conditions fixées aux II et III, exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales conformément à un barème dégressif déterminé par décret et tel que l'exonération soit totale pour une rémunération horaire inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 50 % et devienne nulle pour une rémunération horaire égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 140 %. Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L.	~~I. - Les gains et rémunérations, au sens de l'article L. 242-1 ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, versés au cours d'un mois civil aux salariés embauchés dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts sont, dans les conditions fixées aux II et III, exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales conformément à un barème dégressif déterminé par décret et tel que l'exonération soit totale pour une rémunération horaire inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 50 % et devienne nulle pour une rémunération horaire égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 140 %.~~ ~~Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de l'exonération est~~

2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de l'exonération est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive. II. - Ouvrent droit à l'exonération prévue au I, lorsqu'elles n'ont pas pour effet de porter l'effectif total de l'entreprise à plus de cinquante salariés, les embauches réalisées par les entreprises et les groupements d'employeurs exerçant une activité artisanale, industrielle, commerciale, au sens de l'article 34 du code général des impôts, une activité agricole, au sens de l'article 63 du même code, ou non commerciale, au sens du 1 de l'article 92 du même code, à l'exclusion des organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la poste et des télécommunications et des employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code. Pour bénéficier de cette exonération, l'employeur ne doit pas avoir procédé à un licenciement au sens de l'article L. 1233-3 du code du travail dans les douze mois précédant la ou les embauches. III. - L'exonération prévue au I est applicable, pour une durée de douze mois à compter de la date d'effet du contrat de travail, aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 5422-13 du code du travail et dont le contrat de travail est à durée indéterminée ou a été conclu en application du 2° de l'article L. 1242-2 du code du travail pour une durée d'au moins douze mois. IV. - L'employeur qui remplit les conditions fixées ci-dessus en fait la déclaration par écrit à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle dans les trente jours à compter de la date d'effet du contrat de travail. A défaut d'envoi de cette déclaration dans le délai imparti, le droit à l'exonération n'est pas applicable aux cotisations dues sur les gains et rémunérations versés de la date de l'embauche au jour de l'envoi ou du dépôt de la déclaration, cette période étant imputée sur la durée d'application de l'exonération. Le bénéfice de l'exonération ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'Etat à l'emploi ou d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou montants forfaitaires de cotisations, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.	*diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.* *II. – Ouvrent droit à l'exonération prévue au I, lorsqu'elles n'ont pas pour effet de porter l'effectif total de l'entreprise à plus de cinquante salariés, les embauches réalisées par les entreprises et les groupements d'employeurs exerçant une activité artisanale, industrielle, commerciale, au sens de l'article 34 du code général des impôts, une activité agricole, au sens de l'article 63 du même code, ou non commerciale, au sens du 1 de l'article 92 du même code, à l'exclusion des organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la poste et des télécommunications et des employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code.* *Pour bénéficier de cette exonération, l'employeur ne doit pas avoir procédé à un licenciement au sens de l'article L. 1233-3 du code du travail dans les douze mois précédant la ou les embauches.* *III. – L'exonération prévue au I est applicable, pour une durée de douze mois à compter de la date d'effet du contrat de travail, aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 5422-13 du code du travail et dont le contrat de travail est à durée indéterminée ou a été conclu en application du 2° de l'article L. 1242-2 du code du travail pour une durée d'au moins douze mois.* *IV. – L'employeur qui remplit les conditions fixées ci-dessus en fait la déclaration par écrit à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle dans les trente jours à compter de la date d'effet du contrat de travail. A défaut d'envoi de cette déclaration dans le délai imparti, le droit à l'exonération n'est pas applicable aux cotisations dues sur les gains et rémunérations versés de la date de l'embauche au jour de l'envoi ou du dépôt de la déclaration, cette période étant imputée sur la durée d'application de l'exonération.* *Le bénéfice de l'exonération ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'Etat à l'emploi ou d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou montants forfaitaires de cotisations, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.*
Article L. 131-4-3 du code de la sécurité sociale	**Article L. 131-4-3 du code de la sécurité sociale**
L'exonération définie à l'article L. 131-4-2 est applicable, dans les mêmes conditions, aux gains et rémunérations versés aux salariés embauchés à compter du 1er novembre 2007 dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts par les organismes visés au 1 de l'article 200 du même code ayant leur siège social dans ces mêmes zones.	*L'exonération définie à l'article L. 131-4-2 est applicable, dans les mêmes conditions, aux gains et rémunérations versés aux salariés embauchés à compter du 1er novembre 2007 dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts par les organismes visés au 1 de l'article 200 du même code ayant leur siège social dans ces mêmes zones.*

ARTICLE 11– Proportionnalité du redressement en matière de protection sociale complémentaire

I. Présentation de la mesure

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

Afin de favoriser la couverture des salariés en matière de prévoyance complémentaire (santé, prévoyance et retraite), un régime social incitatif a été défini lorsque les régimes mis en place dans les entreprises sont collectifs et obligatoires. Le caractère collectif est notamment respecté si les garanties couvrent l'ensemble des salariés ou une ou plusieurs catégories d'entre eux, à condition que les catégories retenues permettent de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées (par exemple, les catégories des cadres et non-cadres au regard de la retraite, compte tenu des différences de taux de remplacement existants entre ces deux catégories - cf. affiliation à l'AGIRC des seuls cadres - qui peut justifier un traitement différencié en miroir au niveau de la retraite supplémentaire).

Les systèmes de garanties auxquels l'adhésion du salarié est obligatoire, sous réserve de cas de dispense strictement encadrés par la réglementation (apprentis, bénéficiaires de la CMU-c notamment), peuvent bénéficier de l'exclusion de l'assiette sociale : le financement de la contribution patronale est alors soumis au forfait social à la charge de l'employeur, au taux de 8 % pour la santé et la prévoyance et de 20 % pour la retraite, ainsi qu'à la CSG et la CRDS au taux global de 8 % à la charge du salarié bénéficiaire.

Le respect du bénéfice de l'exclusion d'assiette et, partant, des critères permettant d'assurer le caractère collectif et obligatoire de ces régimes, fait partie des missions dévolues aux URSSAF. Lorsqu'un système de garanties ne remplit pas les conditions d'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, les organismes sont ainsi amenés à requalifier le financement patronal - lequel devient une rémunération - et à l'assujettir dès le premier euro, c'est-à-dire sur l'ensemble des contributions de l'employeur au financement du régime, aux cotisations de sécurité sociale et à l'ensemble des prélèvements dus sur cette assiette. Le montant du redressement est réduit des sommes acquittées au titre du forfait social, devenu indu. Ainsi, la perte de l'avantage a des conséquences sur l'ensemble du financement patronal du dispositif et donc sur l'ensemble des salariés concernés. Or, cette logique est très différente de celle généralement suivie par les URSSAF puisque, dans le cas général, les redressements réalisés par les URSSAF portent uniquement sur un champ circonscrit aux rémunérations concernées par la mauvaise application du droit.

Si, en cas de redressement, des dispositions sont prévues pour pouvoir prendre en compte la situation financière de l'entreprise ou des circonstances particulières (par des délais de paiement et des remises de majorations de retard), il n'existe pas, en revanche, sauf cas particuliers (par exemple la modulation à la hausse de 25 à 40% des redressements en cas de travail dissimulé), de possibilité de faire varier le montant du redressement selon la gravité de l'erreur commise. Or, la complexité et l'évolution nécessaire de la norme peuvent conduire les cotisants à commettre des erreurs d'appréciation et d'interprétation pouvant leur être hautement préjudiciables. Ainsi, des redressements découlant d'un premier contrôle peuvent parfois résulter d'une simple erreur de formalisme ou d'une erreur d'interprétation de la législation sociale qui ne caractérise pas une méconnaissance grave des règles définies par les textes.

Comme le souligne le rapport des MM. Bernard GÉRARD et Marc GOUA, cette absence de possibilité de modulation, qui ne soulève pas de difficultés dans la plupart des situations de mauvaise application de la réglementation, se pose en revanche avec une acuité particulière dans le cadre de la mise en œuvre de régimes de protection sociale complémentaire du fait de la difficulté potentielle que peuvent avoir certaines entreprises à assimiler une réglementation nécessairement fournie, puisqu'elle répond à des situations diverses, souvent à la demande des acteurs économiques eux-mêmes.

Au regard de la réglementation actuelle et de la pratique du contrôle effectuée par les organismes chargés du recouvrement, les redressements couvrent des anomalies de nature différente, allant de l'irrégularité en termes de respect des formalités procédurales ou de mise à disposition des pièces justificatives (notamment pour prouver *a posteriori* la bonne application des cas de dispense) au non-respect caractérisé des règles de droit prévues par la loi et les textes réglementaires d'application. Les conséquences sont en outre les mêmes en termes de montant de redressement, quels que soient les montants financiers résultant du non-respect du caractère collectif et obligatoire. Aussi, quelle que soit l'importance en termes financiers de cette anomalie et son origine (erreur procédurale ou de droit, par exemple), c'est l'ensemble du régime qui est systématiquement requalifié et l'ensemble des contributions qui est réintégré dans l'assiette sociale des cotisations.

En conséquence, les règles sociales actuelles peuvent conduire à générer des redressements pour des montants importants, alors que le motif de redressement peut parfois être fondé sur une simple négligence (par exemple, une absence de justificatifs annuels permettant de fonder la dispense d'adhésion ou l'absence de transposition, dans l'accord instituant le régime, de dispositions d'ordre public du code du travail appliquées dans les faits par l'employeur). Elles peuvent surtout générer des redressements pour des sommes très largement supérieures aux montants

correspondant à l'absence ou l'insuffisance de couverture des salariés qui constitue la situation à l'origine du redressement.

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

a) Mesure proposée

La mesure s'inscrit dans la logique d'ouvrir une possibilité encadrée de modulation des redressements, en laissant la possibilité aux organismes chargés du contrôle de proportionner, sous certaines conditions explicitement définies, les redressements opérés en matière de protection sociale complémentaire. Dans ces cas, la proportionnalité du redressement pourrait être accordée par l'organisme chargé du contrôle, sur la base des éléments apportés par les entreprises, auxquelles incomberait la charge de la preuve dans l'établissement des effets financiers de la non-application du droit.

En pratique, le redressement des sommes calculées serait opéré sur une assiette correspondant à la situation des seuls salariés dont la couverture ne respecte pas les critères liés au caractère collectif et obligatoire, ou pour lesquels l'employeur n'est pas en mesure d'apporter les justificatifs demandés. Dans l'hypothèse où l'employeur serait dans l'incapacité d'établir un chiffrage probant des montants financiers en jeu concernant les salariés non couverts, le redressement serait effectué, comme actuellement, au premier euro.

En cas d'accord de l'inspecteur du recouvrement sur le montant évalué par l'employeur du différentiel de contribution généré par une application erronée des textes en vigueur, l'inspecteur procèderait à la modulation du redressement, sauf dans les cas où le manquement ne relève pas d'une difficulté d'interprétation relative au cas d'espèce mais d'une méconnaissance d'une particulière gravité, c'est-à-dire claire et directe, des textes réglementaires tels qu'explicités par les circulaires ministérielles, relatifs aux conditions d'application du caractère collectif et obligatoire des garanties. Il pourrait en aller ainsi, par exemple, dans le cas d'une entreprise ne couvrant que les cadres dirigeants, alors même que le cadre juridique en la matière a été détaillé clairement par la circulaire ministérielle du 25 septembre 2013 et qu'il ne pouvait au cas d'espèce y avoir aucun doute sur le non-respect de la réglementation. Il en serait de même dans le cas d'un régime de retraite ne couvrant que les salariés dont les rémunérations sont supérieures à 8 fois la valeur du plafond de la sécurité sociale, cas explicitement exclu par l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale et la circulaire précitée. Il en serait de même dans des cas de non-respect des règles relatives au respect des clauses d'ancienneté manifestement contraire au respect du caractère collectif et obligatoire. Dans ces cas, la gravité de l'irrégularité entraînerait la non-application de la modulation.

En conformité avec la logique de la mesure qui vise à mieux sécuriser les entreprises qui s'attachent à respecter les règles d'exemption sociale, le redressement proportionnel ne sera appliqué que s'il s'agit du premier contrôle révélant cette irrégularité (dans la limite de cinq années précédant le contrôle en question).

La modulation du redressement serait opérée de la manière suivante :

1. L'inspecteur du recouvrement ne procèderait pas à la réintégration dans l'assiette sociale de l'ensemble des contributions patronales versées au régime si l'employeur peut identifier le montant des contributions au financement du dispositif qu'il aurait dû acquitter au titre des salariés concernés par le redressement afin de respecter le caractère collectif et obligatoire du régime. Ainsi, l'employeur devrait être en capacité de mesurer les effets financiers de la non-application de la réglementation sur la période non couverte par la prescription.

2. Dans ce cas, en cas d'accord sur le différentiel proposé par l'employeur, l'inspecteur procèderait au redressement sur la base d'un montant correspondant à la reconstitution, par l'employeur, des contributions qu'il aurait dû verser au titre des salariés concernés par le motif du redressement.

L'inspecteur calculerait sur cette base le redressement qui s'établirait à :

- une fois et demie le montant de ces contributions, lorsque l'erreur repose sur une anomalie de production de justificatifs ;

- trois fois le montant de ces contributions lorsqu'il s'agit d'une méconnaissance des règles de fond.

En application des dispositions de l'article L. 244-3 du code de la sécurité sociale, la période de régularisation pourra porter, selon les conditions de droit commun, sur les trois années civiles, et éventuellement l'année en cours, précédant la date d'envoi de la mise en demeure. Les redressements intervenant sur la base de la présente mesure se fonderont sur cette durée.

Les montants redressés selon ces modalités pourront, le cas échéant, faire l'objet d'un cumul avec les majorations et pénalités de retard de droit commun applicables à l'employeur lorsqu'il s'acquitte des redressements notifiés suite à contrôle.

3. Cette modulation du redressement est strictement encadrée :

- Elle n'est possible que lors du premier contrôle du régime en question soulevant le motif d'irrégularité. Si cette conformité n'est pas assurée en cas de prochain contrôle, le redressement s'effectuera par assimilation à des éléments de rémunération de la totalité du financement patronal du régime.

- Certains motifs de redressement ne seront pas admis à la proportionnalité, principalement lorsque l'irrégularité traduit la volonté d'octroyer un avantage personnel ou une discrimination au sens de l'article 1er de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations.

- Seuls les redressements relatifs aux exclusions de l'assiette des cotisations de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire collective et obligatoire, au sens du sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et des décrets du 9 janvier 2012 et du 8 juillet 2014 sont éligibles à la proportionnalité du redressement.

Exemple : un employeur d'une entreprise de 100 salariés en couvre 96 au titre de la prévoyance santé. Cependant, la non-couverture des 4 salariés restants rend le financement du régime non compatible avec les exemptions.

Dans l'hypothèse où l'employeur participe à hauteur de 100 € par mois pour chacun de ses salariés, soit à hauteur de 1 200 € par an et par salarié, le financement patronal pour la couverture des 96 salariés représente donc 115 200 €. Le financement patronal pour la couverture des 4 salariés représenterait quant à lui 4 800 € par an (4 × 1 200 €).

Dans la situation actuelle, le défaut de couverture des 4 salariés, à hauteur de 4 800 €, aboutit à assujettir au premier euro l'intégralité du financement patronal et à réclamer, compte tenu d'un taux global de cotisations de 68%, et du remboursement du forfait social, **69 120 €** (115 200 € × (68 % - 8%)), soit près de 15 fois plus que les 4 800 € cités ci-dessus.

Le redressement proportionné tel que proposé consiste à calculer le montant de redressement à partir des sommes correspondant au financement patronal nécessaire à la couverture des 4 salariés qui ne sont pas couverts et dont l'absence fait obstacle au respect des critères relatifs au caractère collectif et obligatoire du système de garanties (soit une couverture financée par l'employeur à hauteur de 4 800 € pour les deux salariés), ce qui correspond à un redressement d'un montant de **7 200 €** (= 4 800 € × 1,5), lorsqu'il s'agit d'une erreur de production de justificatifs soit 10% du montant de redressement tel qu'il est calculé aujourd'hui, ou d'un montant de **14 400 €** dans le cas d'une erreur de fond, soit 21 % du montant de redressement tel qu'il est calculé aujourd'hui.

L'introduction de la proportionnalité dans le redressement devrait ainsi concourir à améliorer les relations des entreprises avec les organismes de recouvrement et à mieux garantir la sécurité juridique dans la mise en œuvre des régimes de protection sociale complémentaire.

b) Autres options possibles

Le rapport de MM. Bernard GÉRARD et Marc GOUA proposait que lorsqu'une des exigences nécessaires à la mise en place d'un contrat de prévoyance n'est pas respectée, et dans le seul cas où l'erreur ne relèverait pas d'une volonté manifeste de fraude et qu'elle ne porterait pas sur plus de 5 % du montant des exemptions d'assiette, l'organisme de recouvrement notifie aux cotisants l'irrégularité et lui impose dans un délai contraint de régulariser sa situation au regard des recommandations communiquées. Cette tolérance reposant sur la bonne foi de l'employeur, sans remettre en cause le caractère obligatoire et collectif de l'accord, serait également étendue aux cas où l'erreur résulterait de l'application stricte d'un accord de branche. L'organisme de recouvrement adresserait dans ce cas-là un courrier imposant aux partenaires à l'origine de l'accord de branche de se mettre en conformité dans un délai contraint. Au-delà du délai imparti, le redressement est opéré.

Le rapport envisageait une proposition alternative à la précédente dans laquelle la sanction s'appliquerait à une assiette égale au maximum à 50 % des contributions versées l'année civile précédant l'envoi de la mise en demeure ainsi que celles exigibles au cours de l'année de son envoi.

Ces propositions s'inscrivent dans la même logique d'adaptation des redressements en matière de protection sociale complémentaire à la gravité des situations. Toutefois, elles en diffèrent dans leurs modalités, notamment parce qu'elles seraient conditionnées à un critère de bonne foi qui peut paraître en pratique insuffisamment précis pour sécuriser les entreprises et garantir l'application équitable du dispositif. En outre, la proposition d'abattement de 50% des redressements constituerait seulement une atténuation globale de la portée du redressement, quelle que soit la situation de l'entreprise, et non une modulation de celui-ci en fonction d'une appréciation circonstanciée du régime en cause, comme le propose la mesure. Enfin, l'introduction d'un seuil de tolérance lorsque l'erreur porte sur moins de 5% des exemptions d'assiette pourrait être de nature à inciter à une plus faible vigilance dans la correcte application des textes actuels.

La mesure proposée dans le projet de loi s'inspire cependant largement de l'esprit de ces deux propositions, d'une part en proportionnant le montant du redressement sur le manquement soulevé et d'autre part en encadrant strictement les conditions d'application de la mesure, en excluant certaines irrégularités énumérées. Cette disposition participe de la démarche d'ensemble des pouvoirs publics de promouvoir une relation de confiance entre les entreprises et les organismes de contrôle.

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

Toute disposition relative à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des cotisations qui modifie les règles relatives aux cotisations et contributions affectées au financement de la sécurité sociale a vocation à figurer dans le volet recettes d'une loi de financement de la sécurité sociale (3° du B du V de l'article LO. 111-3 du CSS).

En l'espèce, la présente mesure qui vise à proportionner le montant du redressement en matière de protection sociale complémentaire constitue bien une disposition relative au recouvrement des cotisations de sécurité sociale et participe à la détermination de l'équilibre général des comptes sociaux. Elle doit alors figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale.

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

Il n'existe pas de normes ou de jurisprudences communautaires ou européennes s'appliquant spécifiquement au redressement en matière de protection sociale complémentaire et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La mesure est codifiée à l'article L. 133-4-8 du code de la sécurité sociale (Partie législative, Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base, Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement, Chapitre 3 : Recouvrement des cotisations et versement des prestations, Section 3 : Dispositions diverses).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le montant des redressements émis au titre de l'application incorrecte en matière de protection sociale complémentaire s'élève aujourd'hui annuellement à environ 45M€ (données ACOSS), correspondant à 8 000 motifs de redressement et près de 1 500 motifs de restitution aux entreprises. La mise en place de la mesure devrait, dans certaines situations précisément définies, conduire à une réduction des montants de redressement constatés, qui pourrait concerner 10% des montants de redressements opérés.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
		-2,5	-5	-5	-5

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

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

a) impacts économiques

L'introduction de la proportionnalité aura pour effet, dans certains cas précisés par la mesure de réduire les conséquences financières du redressement pour les entreprises en en concentrant les effets sur les salariés dont la couverture ou l'absence de couverture est litigieuse.

b) impacts sociaux

L'introduction d'un principe de proportionnalité du redressement à l'égard de la situation des cotisants concourt à améliorer les relations des entreprises avec les organismes de recouvrement et vise à garantir la sécurité juridique des salariés. Elle contribue aussi à garantir la sécurité juridique lors de futures déclarations des employeurs. Elle permet également d'inciter les entreprises à se tourner vers la mise en œuvre de régimes de protection sociale complémentaire solidaires et vertueux, gages d'une meilleure couverture pour les salariés des entreprises concernées.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

La mesure introduit la possibilité pour les employeurs, en cas de redressement, de calculer les sommes des contributions que l'employeur aurait du verser pour garantir une couverture collective et obligatoire ou éviter le motif du redressement invoqué, afin de bénéficier d'un montant limité de redressement.

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

La mesure introduit une nouvelle possibilité laissée aux inspecteurs chargés du recouvrement de permettre de proportionner, sous certaines conditions, le redressement en matière de respect du caractère collectif et obligatoire des régimes de protection sociale complémentaire.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

La mesure ne nécessite pas de texte réglementaire d'application.

b) La mesure entre en vigueur au 1er janvier 2016 et ne nécessite pas de mesure transitoire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les précisions quant à l'application cette mesure feront l'objet d'une circulaire adressée aux organismes de recouvrement.

ARTICLE 12 – Délégation aux URSSAF du recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales

I. Présentation de la mesure

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

Pour le recouvrement de leurs cotisations de sécurité sociale, les membres des professions libérales autres que les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés disposent de trois interlocuteurs :

- Les URSSAF pour la cotisation d'assurance famille, la CSG et la CRDS et la contribution à la formation professionnelle (CFP) ;
- Le RSI pour la cotisation d'assurance maladie-maternité qui, conformément aux dispositions de l'article L. 611-20 du code de la sécurité sociale (CSS), confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie maternité à des mutuelles et des sociétés d'assurance ;
- La CNAVPL ou la CNBF pour la cotisation d'assurance vieillesse de base et d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire, ainsi que pour la cotisation d'assurance invalidité et décès.

La délégation de gestion du RSI repose sur 20 organismes conventionnés - qui représentent un ensemble de 128 délégations régionales (98 pour le réseau mutualiste « AROCMUT » et 30 pour le réseau assurances « ROCA ») - parmi lesquels 4 organismes assurent le recouvrement des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales.

Cette organisation est peu lisible pour les professionnels libéraux, qui sont confrontés à trois organismes différents pour le recouvrement de leurs cotisations, et doivent respecter trois échéanciers de versement distincts. Elle oblige par ailleurs les intéressés à multiplier leurs démarches chaque fois qu'ils doivent solliciter un renseignement, une attestation ou une modulation de leurs cotisations, obtenir un remboursement en cas de baisse de revenus, demander des mesures d'étalement des paiements, etc.

La délégation de gestion représente en outre un surcoût significatif pour le RSI puisque des remises de gestion conséquentes sont versées aux OC au titre de cette mission, sans plus-value en termes de qualité de service pour le cotisant : ainsi en 2015 16 M € de remises de gestion seront versés aux OC en application de la convention d'objectifs et de moyens 2012-2015 signée avec la caisse nationale du RSI en déclinaison de la convention d'objectifs et de gestion Etat / RSI.

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

a) Mesure proposée

Le présent article vise à supprimer la délégation de gestion du recouvrement des cotisations d'assurance maladie maternité des professions libérales aux organismes conventionnés et à transférer cette délégation pour la totalité du processus du recouvrement aux URSSAF et CGSS, à une date fixée par décret entre le 1er janvier 2017 et le 1er janvier 2018, en particulier les missions suivantes :

- le calcul et l'appel des cotisations d'assurance maladie maternité des professions libérales ;
- la gestion de la phase amiable du recouvrement ;
- la gestion du recouvrement forcé et contentieux.

Ce schéma correspond au recouvrement actuel de la CSG, de la CRDS, de la cotisation famille et de la contribution à la formation professionnelle pour cette population.

La mesure ne concerne que la mission de recouvrement des OC, le versement des prestations d'assurance maladie maternité pour les professions libérales, demeurant de leur compétence (de même que pour les artisans, industriels et commerçants), dans les conditions prévues par l'article 39 relatif à la mise en place d'une protection universelle maladie.

La mesure permettra d'accroître la lisibilité de l'organisation du recouvrement pour les cotisants professions libérales, et de simplifier leurs procédures en supprimant un des trois échéanciers de paiement des cotisations, tout en réalisant des économies de gestion substantielles liées à la disparition des remises de gestion et à la rationalisation du recouvrement autour d'un recouvreur social de référence. Les URSSAF pourront absorber à coût constant cette mission, de manière simple pour les assurés : les PL possédant déjà un compte en URSSAF, l'ensemble des processus de recouvrement en URSSAF existent, seul le champ des cotisations recouvrées serait étendu. Seuls demeureraient deux organismes de recouvrement (les URSSAF, d'une part ainsi que la CNAVPL ou la CNBF d'autre part) et deux échéanciers de paiement des cotisations (la déclaration des revenus étant déjà mutualisée entre RSI, URSSAF et CNAVPL). Des travaux seront

également menés à terme pour harmoniser à moyen terme les dates d'envoi des échéanciers de cotisations et les modalités de calcul, d'appel provisionnel, de régularisation et de recouvrement des cotisations entre risques.

b) Autres options possibles

Le transfert du recouvrement de la cotisation d'assurance maladie des travailleurs indépendants membres des professions libérales aux URSSAF sous forme de compétence propre n'a pas été retenu. En effet, cette modalité aurait compliqué les mécanismes de prise en charge, dans le cadre des budgets limitatifs d'action sociale, de certaines contributions et cotisations sociales personnelles en cas de difficulté économique ou sociale. La mesure proposée permettra au RSI de poursuivre ses actions d'aides aux cotisants en difficulté.

N'a pas non plus été retenu un scénario qui consisterait à partager les compétences en matière de recouvrement entre le RSI et les URSSAF. En effet, ces partages de compétence complexes, largement responsables de l'échec de l'ISU à son origine, n'ont pas d'utilité dès lors que les URSSAF réalisent déjà le recouvrement amiable et forcé pour d'autres cotisations et peuvent aisément prendre en charge l'ensemble du dispositif de recouvrement.

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

Cette mesure relative aux modalités de recouvrement des cotisations des professionnels libéraux relève de la LFSS en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations de sécurité sociale des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire. Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure modifie les articles suivants du code de la sécurité sociale : l'article L. 133-6-2 relatif à la déclaration des revenus des travailleurs indépendants ; l'article L. 611-20 qui prévoit en son premier alinéa la délégation de gestion de l'encaissement et du recouvrement de la cotisation maladie des membres des professions libérale et enfin l'article L. 652-3 relatif à la procédure d'opposition à tiers détenteur (recouvrement forcé).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016 P ou R	2017	2018	2019
Régime social des indépendants			16	16	16

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

Les données ci-dessus sont établies sur la base des éléments sous-jacents à la COG Etat-RSI 2012-2015. Les remises de gestion sur cette période relatives au recouvrement des cotisations d'assurance maladie maternité correspondent à 8% du montant total des remises de gestion, s'élevant à un peu plus de 200 M€ par an. Il est fait en outre l'hypothèse que la mesure entrerait en vigueur au 1er janvier 2017.

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

a) impacts économiques :

La présente mesure s'inscrit pleinement dans l'action du Gouvernement visant par la réduction des démarches administratives des travailleurs indépendants afin de leur permettre de se recentrer sur leur activité professionnelle et ainsi d'améliorer la compétitivité des entreprises.

Elle permet ainsi de simplifier pour les professions libérales la gestion du recouvrement de leur cotisation d'assurance maladie, entraînant la diminution du nombre de leurs interlocuteurs (passant de 3 à 2 pour le recouvrement) et par conséquent du nombre de leurs démarches administratives.

b) impacts sociaux :

Cette mesure est neutre pour les assurés membres des professions libérales en termes de couverture sociale.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact sur l'environnement.

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

La mesure est sans impact significatif sur l'égalité entre les femmes et les hommes même si la population est composée à 60% d'hommes.

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

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

Il s'agit d'une mesure de simplification pour les professions libérales et de clarification de leurs interlocuteurs en charge du recouvrement de leurs cotisations.

En pratique, la mesure permet notamment de passer de trois avis d'appel de cotisations (URSSAF, OC par délégation du RSI et CNAVPL) à seulement deux appels (URSSAF et CNAVPL).

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

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

Il est attendu une économie annuelle de 8% du montant total des remises de gestion accordées par le régime social des indépendants aux organismes conventionnés, estimée à un peu plus de 16 M€ par an.

S'agissant des conséquences en termes d'emploi, en 2014, 160 ETP environ participent, en tout ou partie, aux opérations de recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales. Bien que les dispositions des articles L. 1224-1 et L. 1224-2 du code du travail ne sont ici pas applicables du fait en particulier de l'organisation actuelle et de la dissémination des moyens humains sur le territoire, et de l'absence à ce titre « d'activité économique autonome » au sens du droit du travail, un reclassement pourra être réalisé, dans le cadre de la négociation des prochaines CNOM en 2016, au sein des différentes URSSAF, s'agissant des agents exclusivement chargés du recouvrement. Il est précisé que le transfert s'effectuera sans remise en cause des emplois affectés aux activités de recouvrement au sein des organismes délégataires, que ce soit les agents qui y participent de manière partielle, qui pourront donc se concentrer sur les autres activités qu'ils effectuent, ou ceux qui s'y consacrent aujourd'hui en totalité. Il est prévu que ces derniers, s'ils n'ont pu trouver un autre emploi au sein de l'organisme délégataire et s'ils en émettent le souhait, puissent poursuivre l'exercice d'une activité de gestion des cotisations des travailleurs indépendants au sein de l'URSSAF la plus rapprochée de leur lieu actuel de travail.

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

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

La présente mesure nécessitera des dispositions réglementaires d'application (décret en Conseil d'Etat et décret simple) qui seront publiées au premier semestre 2016 et entreront en vigueur entre le 1er janvier 2017 et le 1er janvier 2018.

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

Une entrée en vigueur entre le 1er janvier 2017 et le 1er janvier 2018 paraît opportune afin de prévoir un délai suffisant pour faciliter le transfert. Le choix de cette échéance sera réalisé d'ici début 2016.

La mesure doit être cependant définie dès le 1er janvier 2016 du fait des négociations qui vont s'ouvrir en 2016 dans le cadre de la COG Etat – caisse nationale du RSI et de la CNOM caisse nationale RSI – ROCA et caisse nationale RSI – AROCMUT et afin de préparer dans des conditions optimales ce changement d'organisme collecteur.

Les centres de formalités des entreprises devront informer les professions libérales créatrices d'entreprise du nouveau système de recouvrement de leurs cotisations d'assurance maladie maternité.

Le recouvrement du reliquat des cotisations restant dues au titre des périodes antérieures à la date du transfert restera effectué par les organismes conventionnés pour éviter des difficultés potentielles au cours des phases de recouvrement amiable ou forcé déjà engagées par ces organismes.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une campagne d'information de la population des cotisants professions libérales sur la modification du recouvrement de leurs cotisations d'assurance maladie maternité sera organisée.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les performances du recouvrement pourront être mesurées au travers des indicateurs standards produits régulièrement, notamment dans le cadre du suivi des COG, par l'ACOSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

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 du 1° de l'article L. 613-1, aux organismes conventionnés mentionnés à l'article L. 611-20.	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 e~~t, 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.~~
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.	II.- **Le régime social des indépendants ou, par délégation, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 transmettent les données relevant des articles L. 642-1 et L. 723-5 aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1. et L.723-1.** ~~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. 611-20 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 611-20 modifié du code de la sécurité sociale**
La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance. La Caisse nationale peut confier le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le service des prestations maladie, maternité prévues par le présent titre, y compris aux pensionnés ou aux allocataires dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 612-9, à des organismes régis, ou bien par le code de la mutualité, ou bien par le présent code, ou bien par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.	La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base **le calcul,** l'encaissement ~~et~~ **ainsi que le recouvrement amiable et** ~~le~~ contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales ~~à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance~~ **aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui l'effectuent selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement par ces organismes des cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants non agricoles.** La Caisse nationale peut confier le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le service des prestations maladie, maternité prévues par le présent titre, y compris aux pensionnés ou aux allocataires dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 612-9, à des organismes régis, ou bien par le code de la mutualité, ou bien par le présent code, ou bien par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.
Article L. 652-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 652-3 modifié du code de la sécurité sociale**
Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de	Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de

l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, les caisses du régime social des indépendants et les organismes conventionnés pour l'assurance maladie et maternité ainsi que les caisses d'assurance vieillesse des professions libérales, habilités à décerner la contrainte définie à l'article L. 244-9 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations, des contributions et des majorations et pénalités de retard. (…)	l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, les caisses du régime social des indépendants et ~~*les organismes conventionnés*~~ **par délégation, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4** pour l'assurance maladie et maternité ainsi que les caisses d'assurance vieillesse des professions libérales, habilités à décerner la contrainte définie à l'article L. 244-9 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations, des contributions et des majorations et pénalités de retard. (…)
L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations, contributions et majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article 43 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 précitée 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'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations, contributions et majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article 43 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 précitée 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.
Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. A peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai d'un mois à partir de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai et, le cas échéant, jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Le paiement n'est pas différé, sauf si le juge en décide autrement :	Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. A peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai d'un mois à partir de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai et, le cas échéant, jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Le paiement n'est pas différé, sauf si le juge en décide autrement :
1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un redressement pour travail dissimulé défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;	1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un redressement pour travail dissimulé défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;
2° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;	2° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;
3° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif.	3° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif.
Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.	Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.
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 prévues 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 prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.
Le présent article est applicable au recouvrement des indus de prestations sociales, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	Le présent article est applicable au recouvrement des indus de prestations sociales, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

ARTICLE 13 – Renforcement des options de lissage des revenus professionnels des non-salariés agricoles soumis à cotisations sociales

I. Présentation de la mesure

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

La mesure vise à adapter les options permettant aux non-salariés agricoles de lisser leurs revenus professionnels soumis à cotisations et contributions sociales par trois biais :

a) en tenant compte pour les cotisations sociales de l'exercice de l'option fiscale d'étalement des revenus exceptionnels des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ;

Le dispositif fiscal d'étalement du revenu exceptionnel consiste, pour les exploitants agricoles soumis à un régime réel d'imposition, à pouvoir étaler, par fractions égales, une hausse subite du résultat sur sept exercices.

Le revenu exceptionnel qui ouvre droit au dispositif d'étalement en matière fiscale s'entend :

- soit comme le montant correspondant à la différence entre les indemnités perçues en cas d'abattage des troupeaux pour raisons sanitaires et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus ;
- soit comme la fraction du bénéfice qui dépasse 25 000 euros ou une fois et demie la moyenne des résultats des trois exercices précédents (exemple d'une indemnité versée en dédommagement d'un sinistre intervenu sur l'exploitation ou l'entreprise agricole...).

Sur le plan social, il n'est pas tenu compte des modalités d'assiette résultant de l'exercice de cette option fiscale. Ainsi, les revenus exceptionnels liés à un bénéfice sont pris en compte dans la détermination de l'assiette sociale au titre d'une seule année. Toutefois, les revenus exceptionnels liés à l'abattage des troupeaux sont, quant à eux, partiellement exclus de l'assiette de calcul des cotisations et contributions sociales.

Dans cette situation, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui réalisent une récolte exceptionnelle dans un contexte de marché très favorable se trouvent pénalisés en trésorerie par la prise en compte en une seule fois des revenus exceptionnels dans l'assiette sociale par rapport aux acteurs économiques dont le revenu est plus constant. Environ 200 exploitants exercent cette option fiscale chaque année.

b) en augmentant le plafond d'à-valoir des cotisations et contributions sociales ;

Le dispositif de l'à-valoir, instauré par l'article 36 de la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche, a pour objet de permettre aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole de verser, en complément des cotisations appelées au titre d'une année, un à-valoir sur le montant des cotisations exigibles l'année suivante, et ce dans le souci d'adapter le montant des cotisations acquittées à l'évolution des revenus agricoles.

Le montant de l'à-valoir ne peut excéder 50 % du montant des dernières cotisations appelées (hors CSG, CRDS et cotisations conventionnelles). Il s'agit des cotisations dues par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole pour lui-même et pour les membres de sa famille.

La demande et le paiement doivent intervenir simultanément avant le 31 décembre de l'année en cours pour prendre effet au titre de l'année civile suivante. Le montant de l'à-valoir versé au titre de l'année N vient en déduction des cotisations exigibles au titre de l'année suivante (N+1). Pour les exploitants agricoles imposés au réel, les cotisations sociales sont une charge fiscalement déductible pour déterminer le bénéfice imposable l'année où elles sont payées.

Ce dispositif a été mis en place afin de permettre aux exploitants, lorsqu'ils connaissent une année meilleure que les autres au plan du revenu, de payer par anticipation le surplus de cotisations sociales générées par ces revenus « exceptionnels » et de rétablir par là même une certaine cohérence entre leurs revenus et les charges fiscales et sociales qu'ils génèrent.

c) en permettant, dans le cas d'un transfert entre époux suite au décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, au conjoint repreneur, d'opter pour l'application de l'assiette forfaitaire applicable à un nouvel installé pour le calcul des cotisations et contributions sociales.

Au sein du régime agricole, les cotisations et contributions sociales sont calculées, à titre provisoire, sur une assiette forfaitaire lorsque la durée d'assujettissement du non-salarié agricole ne permet pas de connaître les revenus professionnels servant de base à celles-ci (assiette triennale ou annuelle).

Il existe, toutefois, deux dérogations à ce principe autorisant le calcul des cotisations et contributions sociales d'un nouvel installé sur la base d'une « assiette réelle » : le cas de la co-exploitation entre époux d'une part, et le cas du transfert entre époux, d'autre part. En particulier, dans le cas d'un transfert entre époux qui consiste en un transfert de la qualité de chef d'exploitation du conjoint cédant au conjoint repreneur, qui poursuit ainsi la mise en valeur de l'exploitation, l'assiette sociale du nouvel installé est constituée de la totalité des revenus professionnels agricoles du foyer fiscal relatifs à la période prise en compte pour le calcul des cotisations et contributions sociales, sous réserve de

la satisfaction des conditions liées à une imposition commune des conjoints et une absence de modification de la consistance de l'exploitation.

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

a) Mesure proposée

1/ Dans son premier volet, la mesure prend en compte l'option fiscale d'étalement des revenus exceptionnels des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole dans la détermination de l'assiette sociale. Cette mesure de cohérence du régime social avec le régime fiscal aboutira ainsi à un lissage sur sept ans des revenus exceptionnels, sur lesquels sont calculées les cotisations et contributions sociales dont sont redevables les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui ont opté pour l'étalement fiscal de leurs revenus exceptionnels.

2/ Dans son deuxième volet, la mesure relève le plafond d'à-valoir des cotisations sociales, compte tenu du caractère fluctuant des revenus professionnels des non-salariés agricoles, de 50 % à 75 % afin de permettre aux exploitants, de pouvoir acquitter par anticipation une part plus importante qu'aujourd'hui du surplus de cotisations sociales dont ils seront redevables l'année suivante.

Les deux composantes de la mesure répondent à une demande de l'ensemble de la profession et sont inscrites dans le rapport d'information n°2251 du 15 avril 2015 sur la fiscalité agricole déposé par la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale. Concernant les revenus exceptionnels, plus précisément, le rapport préconise l'inclusion du dispositif d'étalement des revenus exceptionnels dans l'assiette sociale afin ne pas amoindrir les effets de ce dispositif. Outre la simplification qu'engendrerait ce dispositif d'étalement, il s'agit d'accroître la concordance entre les assiettes fiscale et sociale et d'être en cohérence, d'un point de vue social, avec le contexte accru de variabilité des revenus agricoles. Par ailleurs, le Médiateur de la Mutualité sociale agricole (MSA) soutient également une telle proposition.

3/ Dans son troisième et dernier volet, la mesure ouvre, enfin, dans le cas d'un transfert entre époux suite au décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, la possibilité au conjoint repreneur d'opter pour l'application de l'assiette forfaitaire applicable à un nouvel installé pour le calcul, à titre provisionnel, des cotisations et contributions sociales.

Ces assiettes forfaitaires ont été prévues dans les situations où, en début d'activité, le revenu professionnel n'est pas encore connu. Les cotisations et contributions sociales sont alors calculées sur une assiette forfaitaire provisoire qui fait l'objet d'une régularisation lorsque les revenus professionnels sont connus. Ces assiettes provisoires correspondent aux assiettes minimales de cotisations et contributions sociales.

La mesure permettra de répondre aux situations délicates, en termes financiers et humains, de reprise par le conjoint lors du décès de l'exploitant. La mesure permettra ainsi de lisser l'impact financier des revenus exceptionnels liés à la cessation d'activité pour la détermination de l'assiette des cotisations et contributions sociales dues par le conjoint succédant.

Une adaptation de la législation en ce sens a été préconisée par le Médiateur de la MSA.

Cette dernière composante de la mesure ne revient pas, en revanche, sur le calcul sur une assiette réelle dans les autres cas de transfert entre époux ni dans le cas d'une co-exploitation, ces situations ne générant pas de difficultés majeures en l'état du droit.

b) Autres options possibles

Il n'y a pas d'autre option identifiée.

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

La mesure prend place dans la première partie de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Elle relève des dispositions relatives à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale).

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet, l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire. Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La disposition proposée vise à modifier les articles L.731-15, L.731-16 et L.731-22-1 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

a) L'étalement des revenus, qui permet un lissage de l'assiette et des cotisations et contributions sociales, est globalement neutre financièrement pour la MSA. L'étalement procure même un léger surplus de recettes lié au plafonnement des cotisations sociales (du fait des mécanismes liés au plafond, le niveau des cotisations sous plafond étant plus élevé, et les revenus sous plafond augmentant du fait du lissage). Concernant le nombre de personnes bénéficiant de cette option fiscale, le rapport de l'IGF de 2011 évoquait un ordre de grandeur à hauteur de 200 bénéficiaires en 2008.

Exemple : un chef d'exploitation a un revenu professionnel de 20 000€ et bénéficie en 2014 d'un revenu exceptionnel de 15 000 € (ce revenu est pris en compte dans l'assiette des cotisations 2015). Le surplus de cotisations sociales est de

530 €. Compte tenu d'une part du montant des revenus professionnels et du revenu exceptionnel, de la période de l'étalement (2015 à 2021) et du faible nombre de personnes ayant opté en fiscal, on peut considérer que cette recette supplémentaire est négligeable.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Sans étalement								
Assiette sociale	35 000 €	15 080 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	150 080 €
Avec étalement								
Assiette sociale	22 143 €	21 440 €	21 671 €	21 595 €	21 620 €	21 612 €	21 614 €	151 694 €
Sans étalement								
Cotisations	11 480 €	4 946 €	6 560 €	6 560 €	6 560 €	6 560 €	6 560 €	49 226 €
Avec étalement								
Cotisations	7 263 €	7 032 €	7 108 €	7 083 €	7 091 €	7 089 €	7 089 €	49 756 €

b) Le dispositif de l'à valoir permet aux exploitants de diminuer leurs assiettes fiscale et sociale en déduisant de leurs bénéfices une avance versée sur les cotisations sociales dues au titre de l'année suivante.

En effet, le montant de l'à-valoir est déductible du revenu de l'exercice au cours duquel il est versé en année N. L'assiette des cotisations au titre de l'année N+1 est minorée de ce montant, ce qui entraîne une diminution du montant des cotisations en N+1. L'assiette des cotisations au titre de N+2 est à l'inverse majorée (moindres cotisations en N+1).

Il s'agit ainsi de déduire au titre d'un exercice une provision destinée à couvrir une charge résultant d'événements se rapportant à un exercice suivant. En tout état de cause, la charge en question aurait de toute façon été déductible au titre de cet exercice suivant.

La déductibilité fiscale de l'à-valoir entraîne des différences annuelles de cotisations la première année (+8 M€ en 2016), différences qui s'estompent avec les années pour devenir nulles. Au total, la somme de ces différences est nulle. Une telle option leur permet avant tout de payer des cotisations déterminées au plus près de l'évolution de leurs revenus et de leur trésorerie.

En conséquence, le dispositif peut être considéré comme neutre tant sur le plan fiscal que sur le plan social sur plusieurs exercices, à moyen terme.

Le tableau ci-dessous apporte une vision chiffrée du recours à ce dispositif :

	2011	2012	2013
Nombre d'exploitants ayant opéré un versement	3174	2991	3846
Montant total des versements	12.537.000 €	16.832.076 €	15.918.496 €
Montant moyen des versements	3.950 €	5.627 €	4.139 €

c) L'application de l'assiette forfaitaire applicable à un nouvel installé au conjoint repreneur génère à court terme de moindres recettes, pour des montants très limités. Elle est neutre à moyen terme, compte tenu de la régularisation de ces cotisations et contributions sociales basées sur une assiette forfaitaire.

En conclusion, les trois composants de la mesure aboutissent à l'impact financier global ci-dessous.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rect)	2016	2015	2016	2017
Régime NSA		+8 (à-valoir)	Non significatif	Non significatif	Non significatif

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

a) impacts économiques

Cette mesure permet un lissage contra-cyclique permettant de prendre en compte dans le montant des cotisations la variabilité économique traditionnellement relativement forte dans le secteur agricole.

b) impacts sociaux

La reprise par le conjoint lors du décès de l'exploitant permettra de répondre aux situations délicates, en termes financiers et humains. Il s'agira ainsi, de ne pas tenir compte des revenus exceptionnels liés à la cessation d'activité pour la détermination de l'assiette des cotisations et contributions sociales dues par le conjoint succédant.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure n'a pas d'impact sur l'environnement.

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

L'application de l'assiette forfaitaire applicable à un nouvel installé au conjoint repreneur contribuera notamment à l'amélioration de la situation financière des veuves conjointes d'exploitants agricoles au moment de la reprise complète de l'activité, les cas de poursuite de l'activité par la conjointe étant les plus fréquents. Elle permettra à ce titre de lisser l'impact financier lié aux prélèvements sociaux dans cette période de reprise, pour des populations de conjoints d'exploitants pour lesquelles les mécanismes de protection sociale ne se sont mis en place que progressivement et tardivement.

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

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

La mesure aboutira à un lissage des cotisations sociales permettant ainsi aux exploitants agricoles de soulager leur trésorerie.

Par ailleurs, l'inclusion du dispositif d'étalement des revenus exceptionnels dans l'assiette sociale permettra une harmonisation des assiettes fiscale et sociale et permettra de garantir le bénéfice plein des droits sociaux soumis à condition de ressources.

En termes de formalités administratives, seule la mesure relative à l'assiette forfaitaire « nouvel installé » du conjoint repreneur nécessitera une option formelle.

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

La mesure fonctionnera avec le système d'information existant.

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

La gestion se fera avec les moyens existants.

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

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

Seule la composante de la mesure relative à l'application de l'assiette forfaitaire d'un nouvel installé au conjoint repreneur en cas de décès nécessitera un décret d'application. Il sera pris au premier trimestre 2016 afin de prévoir les conditions dans lesquelles les conjoints des chefs d'exploitation ou d'entreprise locale pourront opter pour l'assiette nouvel installé pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales (par exemple date limite pour le dépôt d'une demande d'option auprès de la caisse de MSA).

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

La mesure sera applicable dès publication de la loi.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information sera mise en ligne sur le site des caisses de mutualité sociale agricole.

Le conjoint repreneur sera quant à lui informé de la faculté d'opter lors de la reprise de l'exploitation suite au décès de l'exploitant agricole.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure n'appelle pas de suivi spécifique.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.731-15 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L.731-15 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Les revenus professionnels pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. Ces revenus professionnels proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours desdites années.	Les revenus professionnels pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. Ces revenus professionnels proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours desdites années.
Ces revenus s'entendent des revenus nets professionnels retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu, éventuellement minorés de la déduction prévue au neuvième alinéa de l'article L. 731-14, ou, le cas échéant, de leur somme. La dotation d'installation en capital accordée aux jeunes agriculteurs ainsi que le montant de la différence entre l'indemnité versée en compensation de l'abattage total ou partiel de troupeaux en application des articles L. 221-2 ou L. 234-4 et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus sont exclus de ces revenus.	Ces revenus s'entendent des revenus nets professionnels retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu, éventuellement minorés de la déduction prévue au neuvième alinéa de l'article L. 731-14, ou, le cas échéant, de leur somme. La dotation d'installation en capital accordée aux jeunes agriculteurs ainsi que le montant de la différence entre l'indemnité versée en compensation de l'abattage total ou partiel de troupeaux en application des articles L. 221-2 ou L. 234-4 et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus sont exclus de ces revenus.
Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des modalités d'assiette qui résultent d'une option du contribuable et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. Les contribuables qui ont exercé l'option mentionnée au c du 2 de l'article 75-0 A du code général des impôts peuvent demander à bénéficier de cette option pour la détermination des revenus mentionnés au présent article.	Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des modalités d'assiette qui résultent d'une option du contribuable, **à l'exception de celle mentionnée au 1 de l'article 75-0 A du code général des impôts s'agissant des revenus exceptionnels définis au *a* du 2 de cet article,** et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. ~~*Les contribuables qui ont exercé l'option mentionnée au c du 2 de l'article 75-0 A du code général des impôts peuvent demander à bénéficier de cette option pour la détermination des revenus mentionnés au présent article.*~~
Les revenus mentionnés aux alinéas précédents sont majorés des déductions et abattements qui ne correspondent pas à des dépenses nécessitées par l'exercice de la profession, à l'exception de la déduction opérée en application de l'article 72 D ou de l'article 72 D bis du code général des impôts. Ces revenus sont également majorés du montant des plus-values à court terme exonérées d'impôt sur le revenu en application de l'article 151 septies A du code général des impôts.	Les revenus mentionnés aux alinéas précédents sont majorés des déductions et abattements qui ne correspondent pas à des dépenses nécessitées par l'exercice de la profession, à l'exception de la déduction opérée en application de l'article 72 D ou de l'article 72 D bis du code général des impôts. Ces revenus sont également majorés du montant des plus-values à court terme exonérées d'impôt sur le revenu en application de

	l'article 151 septies A du code général des impôts.
Les revenus mentionnés aux alinéas précédents sont également majorés des revenus perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui leur sont attachés lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou d'une entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire aux travaux de laquelle il participe effectivement. Cette majoration ne s'applique pas lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au neuvième alinéa de l'article L. 731-14.	Les revenus mentionnés aux alinéas précédents sont également majorés des revenus perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui leur sont attachés lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou d'une entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire aux travaux de laquelle il participe effectivement. Cette majoration ne s'applique pas lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au neuvième alinéa de l'article L. 731-14.
Article L.731-16 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L.731-16 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Les cotisations sont calculées, à titre provisionnel, sur une assiette forfaitaire lorsque la durée d'assujettissement ne permet pas de connaître les revenus professionnels servant de base à celles-ci et font l'objet d'une régularisation lorsque ces revenus sont connus. Par dérogation aux dispositions prévues au premier alinéa de l'article L. 731-15, les cotisations sont calculées, pour la première année, sur les revenus d'une seule année et, pour la deuxième année, sur la moyenne des revenus des deux années. Un décret fixe les modalités d'application de ces dispositions.	Les cotisations sont calculées, à titre provisionnel, sur une assiette forfaitaire lorsque la durée d'assujettissement ne permet pas de connaître les revenus professionnels servant de base à celles-ci et font l'objet d'une régularisation lorsque ces revenus sont connus. Par dérogation aux dispositions prévues au premier alinéa de l'article L. 731-15, les cotisations sont calculées, pour la première année, sur les revenus d'une seule année et, pour la deuxième année, sur la moyenne des revenus des deux années. Un décret fixe les modalités d'application de ces dispositions.
Toutefois, par dérogation au précédent alinéa, lorsque le conjoint collaborateur défini par l'article L. 321-5 s'installe en qualité de coexploitant ou d'associé, au sein d'une coexploitation ou d'une société formées entre les conjoints, et qu'il a participé aux travaux de ladite exploitation ou entreprise agricole et a donné lieu à ce titre au versement de la cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 pendant la période prise en compte pour le calcul des cotisations en application du premier alinéa de l'article L. 731-15 ou du premier alinéa de l'article L. 731-19, il n'est pas fait application de l'assiette forfaitaire provisionnelle et ses cotisations sont calculées sur la part, correspondant à sa participation aux bénéfices, des revenus agricoles du foyer fiscal relatifs, selon les cas, à la période visée au premier alinéa de l'article L. 731-15 ou au premier alinéa de l'article L. 731-19. Le présent alinéa est également applicable à la personne liée par un pacte civil de solidarité au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole qui a opté pour le statut de collaborateur prévu à l'article L. 321-5.	Toutefois, par dérogation au précédent alinéa, lorsque le conjoint collaborateur défini par l'article L. 321-5 s'installe en qualité de coexploitant ou d'associé, au sein d'une coexploitation ou d'une société formées entre les conjoints, et qu'il a participé aux travaux de ladite exploitation ou entreprise agricole et a donné lieu à ce titre au versement de la cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 pendant la période prise en compte pour le calcul des cotisations en application du premier alinéa de l'article L. 731-15 ou du premier alinéa de l'article L. 731-19, il n'est pas fait application de l'assiette forfaitaire provisionnelle et ses cotisations sont calculées sur la part, correspondant à sa participation aux bénéfices, des revenus agricoles du foyer fiscal relatifs, selon les cas, à la période visée au premier alinéa de l'article L. 731-15 ou au premier alinéa de l'article L. 731-19. Le présent alinéa est également applicable à la personne liée par un pacte civil de solidarité au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole qui a opté pour le statut de collaborateur prévu à l'article L. 321-5.
Par dérogation au premier alinéa du présent article, en cas de transfert de la qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise entre des conjoints quels qu'en soient le motif et les modalités, les cotisations dues par le conjoint poursuivant la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise sont assises sur la totalité des revenus professionnels agricoles du foyer fiscal au cours de la période visée, selon le cas, au premier alinéa de l'article L. 731-15 ou au premier alinéa de l'article L. 731-19. Le présent alinéa est également applicable à la personne liée par un pacte civil de solidarité au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.	Par dérogation au premier alinéa du présent article, en cas de transfert de la qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise entre des conjoints quels qu'en soient le motif et les modalités, les cotisations dues par le conjoint poursuivant la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise sont assises sur la totalité des revenus professionnels agricoles du foyer fiscal au cours de la période visée, selon le cas, au premier alinéa de l'article L. 731-15 ou au premier alinéa de l'article L. 731-19. **Toutefois, en cas de décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, le conjoint poursuivant la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise agricole peut, dans des conditions fixées par décret, opter pour le calcul des cotisations et contributions sociales sur**

Les dispositions des deux alinéas précédents ne sont applicables que si la consistance de l'exploitation ou de l'entreprise n'est pas affectée à l'occasion des modifications visées auxdits alinéas au-delà de proportions définies par décret.	**une assiette forfaitaire selon les modalités mentionnées au premier alinéa.** Le présent alinéa est également applicable à la personne liée par un pacte civil de solidarité au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. Les dispositions des deux alinéas précédents ne sont applicables que si la consistance de l'exploitation ou de l'entreprise n'est pas affectée à l'occasion des modifications visées auxdits alinéas au-delà de proportions définies par décret.
L. 731-22-1 actuel du code rural et de la pêche maritime	**L. 731-22-1 CRPM modifié du code rural et de la pêche maritime**
Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole soumis au régime réel d'imposition peuvent demander à verser, en complément des cotisations appelées au titre de l'année en cours, un à-valoir sur le montant des cotisations exigibles l'année suivante. Cet à-valoir ne peut excéder 50 % du montant des dernières cotisations appelées. La demande des intéressés doit être formulée auprès de la caisse de mutualité sociale agricole dont ils relèvent.	Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole soumis au régime réel d'imposition peuvent demander à verser, en complément des cotisations appelées au titre de l'année en cours, un à-valoir sur le montant des cotisations exigibles l'année suivante. Cet à-valoir ne peut excéder ~~50 %~~ **75 %** du montant des dernières cotisations appelées. La demande des intéressés doit être formulée auprès de la caisse de mutualité sociale agricole dont ils relèvent.

ARTICLE 14 – Report à 2020 de l'obligation de bascule au régime micro-social des personnes relevant du régime micro-fiscal au 31 décembre 2015

I. Présentation de la mesure

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

La loi du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises (dite loi ACTPE) a modifié de manière substantielle le statut de l'auto-entrepreneur afin notamment d'en clarifier l'utilisation et de le rapprocher du régime de droit commun applicable aux travailleurs indépendants.

En, effet avant la loi ACTPE, le choix du régime micro-social défini aux articles L. 133-6-8 et suivants du code de la sécurité sociale était optionnel.

Ainsi, les travailleurs indépendants non agricoles (artisans, industriels et commerçants et professions libérales relevant de la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse) pouvaient choisir de bénéficier du régime micro-fiscal prévu aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts sans pour autant opter pour le régime micro-social. Ils se voyaient alors appliquer, en matière sociale, les règles de droit commun applicable aux travailleurs indépendants, notamment le régime réel, c'est-à-dire une assiette de cotisations correspondant aux revenus et non au chiffre d'affaires (à la différence des bénéficiaires du régime micro-social).

On dénombrait donc trois catégories de cotisants : les travailleurs indépendants relevant du régime réel en matière fiscale et en matière sociale ; les travailleurs indépendants optant pour le micro-fiscal mais demeurant au régime réel en matière sociale ; enfin, ceux optant pour le micro-fiscal et le micro-social, qui constituaient les auto-entrepreneurs.

Dans un double objectif de simplification et de mise en cohérence entre règles d'assiette et modalités de recouvrement, la loi ACTPE a rationalisé les modalités de traitement social et fiscal des travailleurs indépendants, en ne laissant subsister que deux situations : celle des travailleurs indépendants de droit commun au régime réel classique et celle des travailleurs indépendants relevant des régimes micro-fiscal et micro-social. L'article 24 de loi supprime donc les statuts hybrides en fixant le principe d'une automaticité du lien entre l'application des régimes micro-fiscal et micro-social des travailleurs indépendants.

Ainsi, à compter du 1er janvier 2016, tout travailleur indépendant non agricole imposé selon le régime micro-fiscal relèvera automatiquement du régime micro-social.

Or entre 100 000 et 200 000 travailleurs indépendants ont actuellement fait le choix d'être fiscalement imposés sous le régime micro-fiscal mais d'être socialement redevables des cotisations et contributions de sécurité sociale du régime de droit commun. En conséquence de cette loi, ces personnes seraient basculées automatiquement, dès le 1er janvier 2016, du régime social des travailleurs indépendants vers le nouveau régime micro-social.

Cette bascule entraîne certaines évolutions assez significatives :

- un changement d'assiette de calcul. Le changement d'assiette peut entraîner une variation des prélèvements dus, à la hausse comme à la baisse, dès lors que l'assiette basée sur le chiffre d'affaires n'est pas toujours la plus favorable pour les travailleurs indépendants ;
- une modification du mode de déclaration et de recouvrement : au lieu d'une déclaration annuelle de ses revenus, le travailleur indépendant devra faire une déclaration mensuelle ou trimestrielle de son chiffre d'affaires ou de ses recettes ;

Une bascule automatique dès le 1er janvier 2016 se heurterait à des difficultés techniques liées à l'absence de données sur le régime fiscal des assurés dans le système d'information tant de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) que du Régime social des indépendants (RSI). En effet, sauf pour les travailleurs indépendants relevant du régime micro-social, les régimes de sécurité sociale des travailleurs indépendants ne connaissent pas le régime fiscal de leurs assurés.

Faute de pouvoir les identifier, les organismes ne pourront pas mettre en place une information ciblée vers les cotisants suffisamment en amont de la bascule, afin que les intéressés se préparent à la modification du mode de calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale mais aussi à la modification de leur couverture sociale obligatoire, et puissent éventuellement opter pour un régime fiscal et social différent du nouveau régime micro-social simplifié qui leur sera imposé par défaut au 1er janvier 2016. Cette bascule automatique supposerait donc nécessairement pour les régimes concernés une opération lourde en gestion, afin d'identifier ces redevables, de les alerter en amont, de procéder à leur bascule et de répondre à leurs demandes éventuelles.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à éviter aux travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal (article 50-0 et 102 ter du code général des impôts) mais ne relevant pas du régime micro-social à la date du 31 décembre 2015 de basculer automatiquement dans le régime micro-social dès le 1er janvier 2016, en repoussant cette échéance au 1er janvier 2020, afin de mieux lisser la bascule d'un régime à l'autre, notamment pour les organismes de sécurité sociale.

La mesure ne fera pas obstacle à ce que ces cotisants optent volontairement d'ici 2020, s'ils le souhaitent et sans condition de délai, pour le régime micro-social.

Ainsi, cette mesure ne remet pas en cause les objectifs de rationalisation et de mise en cohérence poursuivis par la loi ACTPE.

b) Autres options possibles

L'application immédiate du nouveau régime aurait occasionné des difficultés de gestion importantes de la part des organismes et aurait été susceptible de perturber l'activité des travailleurs indépendants concernés.

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

Cette mesure relative à l'assiette, aux taux et aux modalités de recouvrement des cotisations dues par certains travailleurs indépendants relève du champ de la LFSS en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale et, dans la mesure où elle a un impact sur les recettes de l'année et des années ultérieures du régime social des indépendants, relève ainsi du 2° du B du V du même article.

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres. En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

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	*Mesure directement applicable*
Mayotte	*Mesure non applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Mesure directement applicable*
Saint Pierre et Miquelon	*Mesure non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette mesure a pour effet de lisser la perte financière qu'aurait entraînée l'application immédiate de la bascule automatique prévue par la loi ACTPE.

En effet, la bascule automatique dès le 1er janvier 2016 de 100 000 à 200 000 cotisants d'un régime caractérisé par le caractère obligatoire du versement de cotisations minimales vers un régime où cette couverture minimale est optionnelle aurait induit une perte de recettes immédiate pour la sécurité sociale.

Le chiffrage de la perte de recettes évitée sur l'exercice 2016 dépend des choix qui auraient été faits par les cotisants concernés. En effet, une partie des cotisants concernés par la bascule automatique aurait pu ne pas opter pour le versement des cotisations minimales, ce qui aurait réduit, au global, les cotisations versées par ces travailleurs indépendants. Sous l'hypothèse conventionnelle que la moitié des personnes concernées (50 000 à 100 000 sur les 100 à 200 000 concernée par la bascule) n'auraient pas opté pour le paiement des cotisations minimales, la perte de recettes immédiate serait de l'ordre de 5 M€. Ce chiffrage est fondé sur l'hypothèse de revenus correspondant en moyenne à 400 € mensuels (revenu moyen des travailleurs indépendants relevant du régime micro-social).

Cette recette supplémentaire générée dès 2016 par cette mesure serait en partie seulement minorée, à un horizon plus éloigné, par la création qu'elle induit de droits contributifs supplémentaires au titre des indemnités journalières et des droits à retraite pour les populations concernées, pour des montants difficilement évaluables sur le moyen et long terme. Cette recette supplémentaire se réduira progressivement au fur et à mesure de l'anticipation par les populations concernées de la date butoir du 1er janvier 2020.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** (en écart annuel par rapport au tendanciel) Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 ***(rectificatif)***	2016	2017	2018	2019
Régime général		*+ 5*	*+ 4*	*+ 3*	*+ 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

La mesure est favorable aux très petites entreprises, en ce qu'elle évite de créer des perturbations administratives pour les entreprises dont le développement nécessite qu'elles se consacrent avant tout à leur activité.

b) Impacts sociaux

La mesure n'emporte pas d'impact social.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

La mesure ne présente aucun impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

En tant qu'elle évite un changement de statut des cotisants non souhaité par ces derniers (basculement vers le régime micro-social), la mesure constitue une mesure de simplification pour ces personnes.

b) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'information…)

De même, en évitant un basculement automatique des micro-fiscaux au réel vers le régime micro-social, la mesure constitue une mesure de simplification en gestion pour les régimes concernés.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

La mesure entre en vigueur au 1er janvier 2016 et ne nécessite pas de texte d'application.

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

La mesure n'appelle pas de mesure transitoire et sera applicable immédiatement.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

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

d) Suivi de la mise en œuvre

Les organismes concernés garantiront le suivi de cette mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale

Livre I : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre III : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre III *bis* : Modernisation et simplification des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contributions sociales

Section 2 *ter* : Règlement simplifié des cotisations et contributions des travailleurs indépendants — Régime micro-social

Art. L. 133-6-8

Version applicable jusqu'au 31 décembre 2015	Version applicable au 1er janvier 2016	Version après mesure PLFSS 2016
Par dérogation à l'article L. 131-6-2, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts peuvent opter, sur simple demande, pour que l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale dont ils sont redevables soient calculées mensuellement ou trimestriellement en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée auxdits articles du code général des impôts de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants. Des taux différents peuvent être fixés par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés aux articles 50-0 ou 102 ter du même code, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnés à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.	I. - Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants mentionnés au II du présent article bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont calculées mensuellement ou trimestriellement, en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux global fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée aux mêmes articles, de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et des contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants ne relevant pas du régime prévu au présent article. Un taux global différent peut être fixé par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux global ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés auxdits articles 50-0 ou 102 ter, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.	I. - Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants mentionnés au II du présent article bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont calculées mensuellement ou trimestriellement, en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux global fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée aux mêmes articles, de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et des contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants ne relevant pas du régime prévu au présent article. Un taux global différent peut être fixé par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux global ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés auxdits articles 50-0 ou 102 ter, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.
L'option prévue au premier alinéa est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du	Le montant mensuel ou trimestriel des cotisations et des contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article ne peut être inférieur à un montant fixé, par	Le montant mensuel ou trimestriel des cotisations et des contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article ne peut être inférieur à un montant fixé, par

présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est exercée et, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de la création. L'option s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions. Le régime prévu par le présent article demeure applicable au titre des deux premières années au cours desquelles le chiffre d'affaires ou les recettes mentionnés aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont dépassés. Toutefois, ce régime continue de s'appliquer jusqu'au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle les montants de chiffre d'affaires ou de recettes mentionnés aux 1 et 2 du II de l'article 293 B du même code sont dépassés.	décret, en pourcentage de la somme des montants minimaux de cotisation fixés : 1° Pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, en application du deuxième alinéa des articles L. 612-4, L. 612-13 et L. 633-10 et du dernier alinéa de l'article L. 635-5 ainsi que, le cas échéant, du quatrième alinéa de l'article L. 635-1 ; 2° Pour les professions libérales, en application du deuxième alinéa de l'article L. 612-4, de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, des articles L. 644-1 et L. 644-2. II. - Le présent article s'applique aux travailleurs indépendants relevant des professions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 et à ceux relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse. Le bénéfice de ces dispositions peut être étendu par décret, pris après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés, à tout ou partie des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les autres travailleurs indépendants. III. - Le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer à la date à laquelle les travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Par dérogation, le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer au 31 décembre de l'année au cours de laquelle sont exercées les options prévues au 4 du même article 50-0 et au 5 du même article 102 ter.	décret, en pourcentage de la somme des montants minimaux de cotisation fixés : 1° Pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, en application du deuxième alinéa des articles L. 612-4, L. 612-13 et L. 633-10 et du dernier alinéa de l'article L. 635-5 ainsi que, le cas échéant, du quatrième alinéa de l'article L. 635-1 ; 2° Pour les professions libérales, en application du deuxième alinéa de l'article L. 612-4, de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, des articles L. 644-1 et L. 644-2. II. - Le présent article s'applique aux travailleurs indépendants relevant des professions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 et à ceux relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse. Le bénéfice de ces dispositions peut être étendu par décret, pris après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés, à tout ou partie des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les autres travailleurs indépendants. **Par dérogation aux dispositions du I et du premier alinéa du II du présent article, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts qui relevaient au 31 décembre 2015 du régime défini à l'article L. 131-6-2 du présent code continuent de relever de ce régime jusqu'au 31 décembre 2019, sauf demande contraire.** III. - Le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer à la date à laquelle les travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Par dérogation, le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer au 31 décembre de l'année au cours de laquelle sont exercées les options prévues au 4 du même article 50-0 et au 5 du même article 102 ter.

	IV. - Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article sont calculées, à la demande de ces derniers, sur la base soit d'un revenu forfaitaire, soit d'un pourcentage du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise. V. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.	IV. - Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article sont calculées, à la demande de ces derniers, sur la base soit d'un revenu forfaitaire, soit d'un pourcentage du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise. V. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

ARTICLE 15. – Transferts de recettes entre organismes et branches de la sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

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

• *Compensation des pertes de recettes du Pacte de responsabilité et de la loi sur la croissance et l'activité et effets sur les équilibres des différentes branches et régimes*

Les mesures du Pacte de responsabilité et de solidarité (réduction du taux de cotisations d'allocations familiales jusqu'aux rémunérations égales à 3,5 SMIC, augmentation de l'abattement de contribution sociale de solidarité des sociétés) auront un impact de l'ordre de 4,1 Md€ sur les recettes des organismes de sécurité sociale en 2016 (3,1 Md€ liés à l'extension du taux réduit de cotisations d'allocations familiales et 1 Md€ liés à l'abattement supplémentaire sur la C3S). Par ailleurs, l'une des recettes affectées, dans les lois financières pour 2015, à la compensation des effets du Pacte (et résultant des gains liés à l'avancement du versement aux URSSAF des cotisations sociales dues sur les cotisations recouvrées par les caisses de congés payés) étant par nature temporaire, il convient de lui substituer une ressource pérenne (la mesure, entrée en vigueur depuis le 1er avril 2015, générant une recette de 1 520 M€ en 2015 et 500 M€ en 2016, avant de s'éteindre à compter de 2017).

Il convient également de compenser aux organismes de sécurité sociale les pertes de recettes occasionnées par plusieurs mesures de la loi sur la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques du 6 août 2015 :

- l'assouplissement du régime social applicable aux attributions gratuites d'actions (réduction de 30 à 20% de la contribution patronale applicable à ces sommes et suppression de la contribution de 10% à la charge du salarié et de l'assujettissement à la CSG activité et à la CRDS, remplacée par un assujettissement aux prélèvements sociaux sur le capital) ;
- la création d'un taux réduit de forfait social de 16% pour les PERCO dits « PERCO + » comportant plus de 7% d'actifs investis dans des PME et ETI ;
- la suppression de la contribution applicable aux abondements des employeurs supérieurs à 2 300 € par an et par salarié au titre d'un PERCO.

L'ensemble de ces mesures représente une perte de recettes estimée à 193 M€ à compter de 2016.

Le projet de loi de finances pour 2016 prévoit les modalités globales de la compensation des pertes occasionnées à ce titre pour la sécurité sociale.

Les mouvements prévus dans le projet de loi de finances sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Pertes pour la Sécurité sociale	
Pacte de responsabilité et de solidarité (1)	**5095**
Création d'un abattement sur la C3S	1000
baisse de la cotisation AF	3075
compensation de la disparition progressive de la recette CCP	1020
Autres pertes de recettes à compenser (2)	**193**
compensation des pertes de recettes de la loi croisance activité	193

Compensations	
Compensation du Pacte (3)	**5146**
Rebudgétisation de l'ALF	4691
Prise en charge de la protection juridique des majeurs	390
compensation liée à la création de l'AFRS	60
Financement des MAD de la DGOS	5

Total de TVA nette à restituer (6) = (1) + (2) - (3) - (4)	**142**

Il convient de tirer les conséquences de ces dispositions du projet de loi de finances en procédant à des réaffectations de recettes internes entre les branches et caisses de sécurité sociale et le FSV afin d'assurer une compensation équilibrée des pertes de recettes occasionnées à la sécurité sociale.

• *Mise en conformité avec le droit communautaire tel qu'il résulte de l'interprétation donnée le 26 février 2015 par la Cour de justice de l'Union européenne s'agissant de l'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus de personnes affiliées auprès d'un autre Etat de l'Union européenne.*

Dans un arrêt préjudiciel du 26 février 2015, la Cour de Justice de l'Union européenne (CJUE) a remis en cause la faculté de soumettre à des prélèvements affectés à des régimes de sécurité sociale les revenus du capital perçus par des

personnes rattachées à un régime de sécurité sociale d'un autre Etat-membre de l'Union européenne[1]. Cette décision remet ainsi en question le principe de territorialité sur lequel se fonde depuis 1991 l'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus du capital, dont le produit total annuel s'élève à plus de 18 milliards d'euros (pour un taux de 15,5%). Selon l'interprétation retenue par la Cour, ceux-ci étant affectés au financement de prestations de sécurité sociale, bénéficiant aux seuls assurés à la sécurité sociale en France, l'assujettissement de personnes affiliées dans d'autres Etats de l'Union pouvait être regardé comme étant de nature à contrevenir au principe d'unicité de la législation sociale applicable à un travailleur et, par suite, comme une entrave à la liberté de circulation au sein de l'Union.

Afin de tenir compte de cette décision, le droit national doit être modifié pour changer l'affectation de ces prélèvements afin de garantir qu'ils ne soient plus dirigés vers le financement des prestations de sécurité sociale française. En effet, à l'heure actuelle, ces prélèvements sont essentiellement répartis entre les différentes branches du régime général (et à titre majoritaire, à l'assurance maladie) - voir tableau ci-après, donc à des dépenses entrant dans le champ principal du règlement **n° 883/2004** de coordination des systèmes de sécurité sociale, comme les prestations de sécurité sociale retracées dans les comptes des différentes branches du régime général.

Affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital - Situation actuelle

	Total	CNAM	CNAF	CNAV	CNSA	CADES	FSV
CSG	8,2%	5,9%	0,87%		0,1%	0,48%	0,85%
CRDS	0,5%					0,5%	
Prélèvement social	4,5%	2,05%		1,15%		1,3%	
0,3% CSA	0,3%				0,3%		
Prélèvement de solidarité	2,0%	2,0%					
Total	15,5%	9,95%	0,87%	1,15%	0,4%	2,28%	0,85%

en Md€

	Total	CNAM	CNAF	CNAV	CNSA	CADES	FSV
CSG	9,4	6,7	1,0		0,1	0,5	1,0
CRDS	0,6					0,6	
Prélèvement social	5,3	2,5				1,5	
0,3% CSA	0,3				0,3		
Prélèvement de solidarité	2,3	2,4					
Preciput	0,7	-0,4	0,7	0,0	0,0	-0,1	-0,1
Total	18,6	11,6	1,0	1,3	0,5	2,6	1,0

Ces réaffectations des prélèvements sociaux sont l'occasion de rationaliser le financement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

En effet, alors qu'il était initialement prévu de financer l'amortissement de la dette sociale par une unique recette non pérenne, la contribution pour le remboursement de la dette sociale, les reprises successives de déficits par la CADES ont été accompagnées par l'affectation d'un panier de recettes incluant une fraction de CSG et par une disposition dérogatoire spécifiquement admise par la loi organique, une part du prélèvement social sur les revenus du capital. Ces modifications successives ont fait perdre de la lisibilité au financement de la CADES par rapport au dispositif général voulu initialement, S'agissant du financement de la CNSA, celle-ci bénéficie en termes de ressources propres de l'affectation de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), recettes instituées pour financer les dépenses liées à la perte d'autonomie, mais aussi d'une fraction de CSG, imposition conçue dès l'origine comme consubstantiellement liée à un financement solidaire des prestations de sécurité sociale au sens strict, champ par rapport auquel les politiques publiques conduites par la caisse apparaissent légèrement distinctes.

[1] y compris pour l'Islande, la Norvège, le Liechtenstein et la Suisse.

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

a) Mesure proposée

- ***Mise en conformité avec le droit communautaire***

Le présent article prévoit d'affecter les prélèvements sociaux sur les revenus du capital à des dépenses de protection sociale qui sont régies par des dispositions spécifiques du règlement n°**883/2004**. En effet, certaines dépenses supportées par des organismes actuellement affectataires de ces prélèvements ne relèvent pas du cadre juridique global d'unicité de législation applicable dont découle l'impossibilité d'assujettir les revenus d'une personne affiliée à l'étranger. Il ressort des dispositions combinées des articles 11 et 70 du règlement que tout résident en France, y compris lorsqu'il est affilié à un régime de sécurité sociale d'un autre Etat membre, peut prétendre bénéficier d'une « prestation spéciale en espèce à caractère non contributif » (PSNC). Le texte même du règlement précise que ces prestations sont attribuées aux personnes qui résident dans chaque Etat (et non qui relèvent de la sécurité sociale de chaque Etat), qu'elles sont financées par des contributions fiscales obligatoires et il induit que le principe d'une unicité de législation applicable doit être apprécié distinctement sur l'ensemble du champ couvert par le règlement en autorisant une appréciation différenciée entre les prestations « ordinaires » d'une part et les PSNC d'autre part.

Il est dès lors proposé, par parallélisme, d'affecter le produit des impositions sociales acquittées sur critère de résidence (en l'occurrence, les contributions sociales sur les revenus du capital) au financement de prestations sociales non contributives, principalement sous forme d'affectation à une partie des dépenses du FSV, en conformité avec les règles de financement des PSNC posées par l'article 70 du règlement.

Les prises en charge de cotisation au titre du chômage et de la maladie ainsi que le financement de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) relèvent de cette logique de prestations non contributives dont peuvent bénéficier l'ensemble des résidents qui remplissent les conditions d'âge et de ressources. A ce titre, il est proposé d'affecter une part des prélèvements sur le capital à ces dépenses, pour un montant d'environ 15,5 Md€.

M€	**2015 (P)**
CHARGES NETTES	**24 263**
TRANSFERTS NETS	**24 120**
Prises en charge de cotisations	12 050
Au titre du service national / apprentis	*46*
Au titre du chômage	*10 490*
Au titre de la maladie	*1 515*
Prises en charge de prestations	11 758
Au titre du minimum vieillesse	*3 107*
Au titre des majorations de pensions pour enfants	*4 707*
Au titre des majoration pour conjoint à charge	*43*
Au titre du Mico	*3 900*
Transferts vers régimes complémentaires	312
AUTRES CHARGES NETTES	**142**

Les charges afférentes à la prise en charge partielle du MICO (minimum contributif), bien que de nature non contributive, constituent le complément de prestations qui elles, le sont. Aussi cette dépense doit elle être regardée comme contributive et financée par une recette autre que les prélèvements sur les revenus du capital.

Les comptes du fonds de solidarité vieillesse sépareront dans deux sections distinctes et étanches les PSNC et les recettes affectées à leur financement d'une part, le minimum contributif et les autres dépenses qui, sont de nature comparable d'autre part.

Charges		**Produits**	
Minimum vieillesse (1)	3,1	CSG revenus du capital	8,7
Prise en charge cotisations chômage (1)	10,5	PS revenus du capital	7,0
Prise en charge cotisations maladie	1,5		
Autres dépenses	0,5		
Sous-total	**15,6**	**Sous-total**	**15,5**
MICO	3,5	Autres recettes (TS, etc.)...)	1,0
Total	**19,1**	**Total**	**16,5**

(1) Prestations considérées dans le champ des PSNC

A l'occasion de ces transferts, il est proposé de revenir sur le mouvement d'addition successive de recettes nouvelles à la CADES en limitant le financement de la dette sociale à deux recettes, la CSG et la CRDS. Il est également proposé de réaffecter la fraction de CSG actuellement attribuée à la CNSA aux branches du régime général à la CADES et au FSV. La participation de la branche vieillesse au financement des dépenses d'aides ménagères pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) se traduira désormais par la réaffectation pérenne d'une fraction de prélèvement social de la CNAV vers la CNSA dont la dynamique est en adéquation avec les dépenses de la Caisse.

Au terme de ces réaffectations, les prélèvements sociaux seraient répartis ainsi entre les différents attributaires de la sphère sociale.

Affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital - Scénario cible

	Total	CNAM	CNAF	CNAV	CNSA	CADES	FSV
CSG	9,9					0,7	9,1
CRDS	0,6					0,6	
Prélèvement social	5,4				1,4		4,0
0,3% CSA	0,4				0,4		
Prélèvement de solidarité	2,4						2,3
Total	18,6				1,8	1,3	15,5

• Compensation des pertes de recettes du Pacte de responsabilité et de la loi sur la croissance et l'activité et effets sur les équilibres des différentes branches et régimes

en Md€	Régime général Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches	TR Toutes branches	FSV	Impact CNSA	Impact CADES	Sphère ASSO
Mesures à compenser intégrées dans le solde tendanciel CCSS (a)	**-0,4**	**0,0**	**-0,4**	**-0,3**	**-1,1**	**-1,1**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**-1,2**
Mesures du Pacte de solidarité et de responsabilité (phase 1)	**-0,4**	**0,0**	**-0,4**	**-0,1**	**-1,0**	**-1,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**-1,0**
Extinction progressive de la recette CCP	-0,4	0,0	-0,4	-0,1	-1,0	-1,0	0,0	0,0	0,0	-1,0
Mesures de la loi croissance et activité	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**-0,1**	**-0,2**	**-0,2**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**-0,2**
suppression de la contribution salariale				0,0	0,0	0,0				0,0
baisse de la contribution patronale sur les AGA				-0,1	-0,1	-0,1				-0,1
mesure PERCO					0,0	0,0	0,0			0,0
mesure forfait social			0,0		0,0	0,0	0,0			-0,1
Mesures du Pacte de solidarité et de responsabilité (phase 2) (c)	**-0,4**	**0,0**	**-0,4**	**-3,1**	**-3,9**	**-3,9**	**-0,1**	**0,0**	**0,0**	**-4,1**
Création d'un abattement sur la C3S	-0,4		-0,4		-0,9	-0,9	-0,1			-1,0
Réduction du taux d'AF jusqu'à 3,5 SMIC				-3,1	-3,1	-3,1				-3,1
Mesures visant la compensation du Pacte de solidarité et de responsabilité (d)	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**5,1**	**5,1**	**5,1**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**5,1**
Rebudgétisation ALF				4,7	4,7	4,7				4,7
Transfert du financement de la protection juridique des majeurs				0,4	0,4	0,4				0,4
Autres mesures PLF (e)	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,1**	**0,0**	**0,0**	**0,1**
financement des MAD de la DGOS	0,0				0,0	0,0				0,0
Création de l'AFRS (économies sur l'ASPA)					0,0	0,0	0,1			0,1
Ajustement de la fraction de TVA nette (f)	**0,1**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,1**	**0,1**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,1**
bilan des pertes de recettes et des transferts opérés en PLF (g = a + c + d + e + f)	**-0,7**	**0,0**	**-0,8**	**1,7**	**0,2**	**0,2**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Transfert intra-sécu (h)	**0,8**	**0,0**	**0,7**	**-1,8**	**-0,2**	**-0,2**	**0,1**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
CSG capital	-7,1			-1,0	-8,1	-8,1	8,5	-0,1	0,1	0,4
Prélèvement de solidarité	-2,3				-2,3	-2,3	2,4			0,1
Prélèvement social	-2,4		-1,3		-3,8	-3,8	4,1	1,4	-1,5	0,2
C3S	0,5				0,5	0,5	-0,5			0,0
Taxe sur les salaires	2,3		1,0	0,2	3,6	3,6	-3,6			0,0
CSG activité remplacement et jeux	9,9			-0,2	9,7	9,7	-9,9	-1,2	1,4	0,0
suppression du preciput				-0,7	-0,7	-0,7				-0,7
suppression de la participation des régimes vieillesse au financement de la CNSA			1,0		1,0	1,0	-1,0			0,0
Forfait social			0,1		0,1	0,1		-0,1		0,0
b) Effet net des transferts PLF/PLFSS 2015 (i = g + h)	**0,1**	**0,0**	**-0,1**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

Le tableau ci-dessus présente la synthèse des montants à compenser à la sécurité sociale, des mouvements opérés en PLF et des réaffectations de recettes entre branches de la sécurité sociale. Ces transferts sont globalement neutres sur les soldes.

c) Autres options possibles

- ***Compensation des pertes de recettes du Pacte***

En l'absence de réaffectation de recettes entre les différentes branches et les régimes au sein de la sécurité sociale, des déséquilibres seraient apparus entre certaines branches excessivement compensées des pertes de recettes occasionnées par le Pacte de responsabilité et de solidarité (la CNAF) et symétriquement, de branches et organismes sous-compensées (la CNAM, la CNAV et le FSV). En effet, la compensation des pertes de recettes mentionnée passe essentiellement par la rebudgétisation de l'allocation de logement familiale, opération qui s'apparente à une diminution des dépenses de la branche famille).

- ***Mise en conformité avec les conclusions de la décision***

Plusieurs options auraient pu être envisagées pour tirer les conséquences de la décision de la Cour de justice.

La **réaffectation de l'intégralité des prélèvements sociaux sur le capital au budget de l'Etat** doit être écartée au regard des contraintes constitutionnelles liées à l'unité de la CSG et de la CRDS. C'est en effet en grande partie leur caractère global et leur affectation à la sécurité sociale qui, lors de la création de ces prélèvements puis à plusieurs reprises lors de leurs évolutions, ont conduit le Conseil constitutionnel à valider leur architecture actuelle: imposition par cédules, dérogations aux principes applicables à l'impôt sur le revenu (conjugalisation, progressivité, etc.), comparabilité entre les différents redevables (par exemple entre salariés et indépendants s'agissant de la déduction des frais professionnels, ou entre les personnes percevant des salaires modestes et le reste de la population s'agissant de la mise en place d'une exonération pour les premières).

Il convient de noter toutefois que cette contrainte ne s'attache qu'à la CSG et à la CRDS, les autres prélèvements (prélèvement social, de solidarité, contribution de solidarité pour l'autonomie, soit 7,3 points) pouvant sans doute aisément être réaffectés au budget général. Néanmoins, cette solution irait à l'encontre du mouvement porté dans les lois financières récentes qui ont transféré la totalité des prélèvements sociaux à la sphère sociale afin de limiter les recettes partagées entre l'Etat et la sécurité sociale à la seule taxe sur la valeur ajoutée.

Il paraît également exclu d'exonérer des prélèvements sociaux les résidents fiscaux qui ne sont pas affiliés à la sécurité sociale française. Une telle option se heurterait à des obstacles juridiques (s'agissant des questions de rupture d'égalité devant les charges publiques en France), opérationnels (s'agissant du traitement des changements de situation pouvant intervenir en cours d'année alors que l'imposition est annuelle, s'agissant du traitement des couples dont les conjoints relèvent des régimes de sécurité sociale de 2 pays différents) et financiers (le coût d'une telle exonération serait en effet de plus de 250 M€ par an).

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

La mesure a un impact sur les recettes des branches de la sécurité sociale et du FSV. Elle trouve donc place en loi de financement en vertu du 2° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

Le présent article a pour objet de mettre la législation française relative à l'affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital en conformité avec les dispositions du règlement n°883/2004 de coordination des systèmes de sécurité sociale, telles que précisées par la jurisprudence récente de la Cour de Justice de l'Union européenne dans sa décision du 26 février 2015.

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

a) Possibilité de codification

Cet article modifie une série d'articles du code de la sécurité sociale : L. 135-2, L. 135-3, L. 136-8, etc.

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	*Sans objet*
Mayotte	*Sans objet*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Sans objet*
Saint Pierre et Miquelon	*Sans objet*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Sans objet*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure procède à des réaffectations de recettes sans modifier le montant des prélèvements pesant sur les personnes redevables.

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

a) impacts économiques

Cette mesure relative au financement de la CNSA, des branches et organismes de sécurité sociale n'a pas d'impact économique.

b) impacts sociaux

Cette mesure n'a pas d'impacts sociaux.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental.

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

Cette mesure n'a pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

Cette mesure procède à des réaffectations de recettes sans remettre en cause le principe d'un assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus du capital perçus par des personnes rattachées à un régime de sécurité sociale d'un autre Etat-membre de l'Union européenne. Elle n'a donc aucun impact sur les redevables.

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

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

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

[Les dispositions du présent article sont d'application directe.]

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

La mesure est d'application immédiate.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-7 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 131-7 modifié du code de la sécurité sociale**
Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application. Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi. La règle définie au premier alinéa s'applique également : 1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; 2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée. A compter de la date de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'Etat et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'Etat. Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux réductions et aux exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4 et L. 241-13 et au second alinéa de l'article L. 242-11, dans leur rédaction en vigueur au 1er janvier 2015 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées à ces mêmes articles, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1, dans sa rédaction résultant du 11° du I de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.	Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application. Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi. La règle définie au premier alinéa s'applique également : 1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; 2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée. A compter de la date de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'Etat et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'Etat. ~~*Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux réductions et aux exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4 et L. 241-13 et au second alinéa de l'article L. 242-11, dans leur rédaction en vigueur au 1er janvier 2015 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées à ces mêmes articles, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1, dans sa rédaction résultant du 11° du I de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.*~~ **Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux réductions et aux exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4 et L. 241-13 et au second alinéa de l'article L. 242-11, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3, dans leur rédaction en vigueur au 1er janvier 2016.**
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	L 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 :	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 :	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 % ;	- à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à **61,1** % ;
- à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 18 % ;	- à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à **19,2** % ;
- au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 28,5 % ;	~~- au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 28,5 % ;~~
	- à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 17,2 % ;
	- au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 2,5 % ;
2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;	2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;
3° (Abrogé) ;	3° (Abrogé) ;
4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ;	4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ;
5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, L. 137-18 et L. 137-19 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;	5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, L. 137-18 et L. 137-19 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;
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° ;	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 :	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 57,53 % ;	a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 57,53 % ;
b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 8,97 % ;	b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à ~~8,97 %~~ **9,19 %;**
c) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 17,6 % ;	c) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 17,6 % ;
d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;	d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;
e) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 7,99 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;	e) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 7,99 %, 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	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~~ **0,38** %, répartie

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 % ; i) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 %. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.	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 % ; i) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 %. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.
Article L. 135-1 actuel	**Article L. 135-1 modifié**
Il est créé un fonds dont la mission est de prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale, tels qu'ils sont définis par l'article L. 135-2. Le fonds, dénommé : fonds de solidarité vieillesse, est un établissement public de l'Etat à caractère administratif. La composition du conseil d'administration, qui est assisté d'un comité de surveillance composé notamment de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ainsi que de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives, ainsi que les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds sont fixées par décret en Conseil d'Etat. A titre transitoire, jusqu'à une date fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et de la sécurité sociale qui ne peut être postérieure au 31 décembre 2005, le fonds de solidarité vieillesse gère la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Le fonds de solidarité vieillesse peut à titre dérogatoire recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.	Il est créé un fonds dont la mission est de prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale, tels qu'ils sont définis par l'article L. 135-2. Le fonds, dénommé : fonds de solidarité vieillesse, est un établissement public de l'Etat à caractère administratif. La composition du conseil d'administration, qui est assisté d'un comité de surveillance composé notamment de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ainsi que de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives, ainsi que les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds sont fixées par décret en Conseil d'Etat. ~~*A titre transitoire, jusqu'à une date fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et de la sécurité sociale qui ne peut être postérieure au 31 décembre 2005, le fonds de solidarité vieillesse gère la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.*~~ Le fonds de solidarité vieillesse peut à titre dérogatoire recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.
Article L. 135-2 en vigueur au 1er janvier 2016	**Article L. 135-2 modifié**
Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes : 1° Le financement des allocations mentionnées : -au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ;	**Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse sont retracées dans trois sections distinctes.** **I. - La première section retrace :** **1° Le financement des allocations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 643-1, au chapitre V du**

-au chapitre V du titre Ier du livre VIII ; -à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ; 2° Une fraction, fixée par décret, qui ne peut être inférieure à 50 %, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ; 3° Les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural : a) Des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ; b) Des majorations de pensions pour conjoint à charge ; 4° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural, dans la durée d'assurance : a) Des périodes de service national légal de leurs assurés ; b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 1233-68, L. 351-3, L. 351-9, L. 351-10 et L. 351-10-2 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 322-4 du même code, de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) et de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ; c) Des périodes de chômage non indemnisé visées au 3° de l'article L. 351-3 du présent code ; d) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ; e) Des périodes de versement de l'allocation de congé solidarité prévue à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer ; f) Des périodes mentionnées au 1° de l'article L. 351-3 ; g) Des périodes mentionnées au 8° du même article L. 351-3 ; 5° Les sommes correspondant à la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 ci-après ; 6° Les sommes correspondant au paiement par les organismes visés aux articles 1002 et 1142-8 du code rural des majorations des pensions accordées en fonction du nombre d'enfants aux ressortissants du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles ; 7° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de	**titre Ier du livre VIII et à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;** **2° Les sommes représentatives de la prise en compte, par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, dans la durée d'assurance :** **a) Des périodes mentionnées aux 1°, 3° et 8° de l'article L. 351-3 ;** **b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 1233-68, L. 5422-1, L. 5423-1, L. 5423-7 et L. 5423-8 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 5123-2 du même code et de la rémunération mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1233-72 de ce code ;** **c) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné à l'article L. 5123-6 du code du travail ;** **3° Les sommes correspondant à la prise en compte, par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 ;** **4° Les dépenses mentionnées à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;** **5° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;** **6° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance, par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de cette ordonnance, des périodes définies à son article 8 ;** **7° Les sommes représentatives de la prise en compte, par les régimes d'assurance vieillesse de base, dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, des indemnités journalières mentionnées au même article ;** **8° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail ;** **9° Le remboursement, à la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon, des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 5°, 7° et 8° ;** **10° Le financement d'avantages non contributifs**

volontariat du service national de leurs assurés ; 8° Les frais de gestion administrative du fonds correspondant à des opérations de solidarité ; 9° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance, par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de cette ordonnance, des périodes définies à son article 8 ; 10° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base, dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, des indemnités journalières mentionnées au même article ; 11° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail ; 12° Le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient. Les sommes mentionnées aux a, b, d, e, f et g du 4°, au 7° et au 10° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Les sommes mentionnées au c du 4° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. 13° Le remboursement, à la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon, des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 modifiée portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 7°, 10° et 11° du présent article.	**instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient.** **Les sommes mentionnées aux 2°, 5° et 7° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.** **II. - La deuxième section retrace :** **1° La prise en charge d'une fraction fixée par décret, qui ne peut être inférieure à** **50 %, des sommes correspondant au service, par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ;** **2° La prise en charge 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, des majorations de pensions pour conjoint à charge.** **III. - La troisième section retrace les versements, fixés par décret, au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs mentionnés aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.** **IV. - Les frais de gestion administrative du fonds sont répartis entre chacune des sections dans des conditions fixées par décret. »**
Article L. 135-3 actuel	**Article L. 135-3 modifié**
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° Une fraction du produit des contributions mentionnées*~~	**I. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au I de l'article L. 135-2 sont constituées par :** **1° Une fraction, fixée par le IV bis de l'article L. 136-8, du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;** **2° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;** **3° Le produit du prélèvement mentionné à l'article 1600-0 S du code général des impôts.** **II. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au II de l'article L. 135-2 sont constituées par :** **1° Une fraction, fixée au 1° de l'article L. 131-8, du produit de la taxe sur les salaires ;**

~~*aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 ;*~~ 5° (Abrogé) ; 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 ; 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 Abrogé ; 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	**2° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 ;** **3° 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 ;** **4° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail ;** **5° Les sommes acquises à l'État conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;** **6° 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 ;** **7° 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 ;** **III. - Les recettes qui ont été mises en réserve par le fonds pour le financement des dépenses mentionnées au III de l'article L. 135-2, ainsi que les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section, sont retracés au sein de la troisième section du fonds.** **Les excédents constatés chaque année au titre de cette section donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.**
Article L. 135-3-1 actuel	**Article L. 135-3-1 modifié**
Le fonds est en outre chargé de la mise en réserve de recettes pour le financement des dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. Cette mission est suivie au sein d'une section distincte qui retrace :	~~*Le fonds est en outre chargé de la mise en réserve de recettes pour le financement des dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. Cette mission est suivie au sein d'une section distincte qui retrace :*~~

I.-En recettes :	~~*I.-En recettes :*~~
1° Abrogé	~~*1° Abrogé*~~
2° Abrogé	~~*2° Abrogé*~~
3° Les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.	~~*3° Les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.*~~
II.-En dépenses, à partir de 2016, les versements du fonds au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs mentionnés au premier alinéa. Le montant annuel de ces versements est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.	~~*II. En dépenses, à partir de 2016, les versements du fonds au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs mentionnés au premier alinéa. Le montant annuel de ces versements est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale* **par décret.**~~
Les excédents constatés chaque année au titre de cette section donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.	~~*Les excédents constatés chaque année au titre de cette section donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.*~~
Article L. 135-4 actuel	**Article L. 135-4 modifié**
La part des contributions sociales qui revient au fonds en application du 1° de l'article L. 135-3 lui est versée, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale s'agissant du produit correspondant à la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 et par l'Etat s'agissant du produit correspondant aux contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7.	~~*La part des contributions sociales qui revient au fonds en application du 1° de l'article L. 135-3 lui est versée, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale s'agissant du produit correspondant à la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 et par l'Etat s'agissant du produit correspondant aux contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7.*~~
Article L. 136-8 actuel	**Article L. 136-8 modifié**
[…]	[…]
IV.-Le produit des contributions mentionnées au I est versé :	IV.-Le produit des contributions mentionnées **aux 1° et 3° du I, II et III** est versé :
1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,87 % ;	1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de ~~*0,87*~~ **0,85** % ;
2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ;	~~*2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,85 %*~~
3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie visée à l'article 8 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, pour la part correspondant à un taux de 0,1 % ;	~~*3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie visée à l'article 8 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, pour la part correspondant à un taux de 0,1 % ;*~~
4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code, pour la part correspondant à un taux :	~~*4°*~~ **3°** Aux régimes obligatoires d'assurance maladie**,** ~~*dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code*~~**, dans des conditions fixées par décret et en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées dans chaque régime** pour la part correspondant à un taux **:**
a) De 5,20 % pour les contributions mentionnées au 1° du 1 ;	a) De ~~*5,20*~~ **6,05** % pour les contributions mentionnées au 1° du 1 ;
b) De 4,80 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ;	b) De ~~*4,80 %*~~ **5,75** % pour la contribution mentionnée au 3° du I ;
c) De 5,90 % pour les contributions mentionnées au 2° du I ;	~~*c) De 5,90 % pour les contributions mentionnées au 2° du I ;*~~
	d) De ~~***3,90***~~ % **4,75 %** pour les revenus mentionnés au 1° du II ;

d) De 3,90 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ; e) De 4,30 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ; f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III. 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 %.	e) De ~~4,30 %~~ **5,15** % pour les revenus mentionnés au 2° du II ; f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III. 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~~ **0,6** %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à ~~0,28~~ **0,3 %.** **IV *bis*.-Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé :** **a) au fonds mentionné au L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 7,6 % ;** **b) à la Caisse d'amortissement de la dette sociale pour la part correspondant au taux de 0,6 %.**
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 de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article. 2. Il en est de même pour les produits recouvrés simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 et pour les produits mentionnés aux I et III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée. 3. Pour l'application du présent VI, le montant global des contributions et prélèvements sociaux mentionnés à l'article L. 138-21 qui est reversé par l'Etat à l'agence est réparti entre les affectataires de ces contributions et prélèvements au prorata des taux des contributions et prélèvements qui leur sont affectés à la date de leur fait générateur.	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° **affecté 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 %.~~ **4° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour 82 %.** VI.-1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article. 2. Il en est de même pour les produits recouvrés simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 et pour les produits mentionnés aux I et III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée. 3. Pour l'application du présent VI, le montant global des contributions et prélèvements sociaux mentionnés à l'article L. 138-21 qui est reversé par l'Etat à l'agence est réparti entre les affectataires de ces contributions et prélèvements au prorata des taux des contributions et prélèvements qui leur sont affectés à la date de leur fait générateur.
Article L. 137-17 actuel	**Article L. 137-17 modifié**
Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est versé : 1° A la Caisse nationale d'assurance vieillesse, pour une fraction correspondant à 80 % ; 2° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 20 %.	**Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est versé à la Caisse nationale d'assurance vieillesse**

Article L223-1 actuel	Article L223-1 modifié
La caisse nationale des allocations familiales a pour rôle :	La caisse nationale des allocations familiales a pour rôle :
1°) D'assurer le financement de l'ensemble des régimes de prestations familiales ;	1°) D'assurer le financement de l'ensemble des régimes de prestations familiales ;
2°) De gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ;	2°) De gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ;
3°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;	3°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;
4°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'allocations familiales et 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 ;	4°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'allocations familiales et 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 ;
5°) De verser au Fonds de solidarité vieillesse créé à l'article L. 135-1 un montant égal aux dépenses prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pensions mentionnées au a du 3° et au 6° de l'article L. 135-2 ; ce versement fait l'objet d'acomptes ;	5°) ~~*De verser au Fonds de solidarité vieillesse créé à l'article L. 135-1 un montant égal aux dépenses prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pensions mentionnées au a du 3° et au 6° de l'article L. 135-2 ; ce versement fait l'objet d'acomptes ;*~~ **De rembourser les 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, des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ;**
6°) D'assurer le remboursement des indemnités ou allocations versées dans les conditions fixées par les articles L. 331-8, L. 615-19-2 et L. 722-8-3 du présent code, les articles L. 732-12-1 et L. 742-3 du code rural et le dernier alinéa de l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines, ainsi que des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations dont le montant est fixé par arrêté ministériel ;	6°) D'assurer le remboursement des indemnités ou allocations versées dans les conditions fixées par les articles L. 331-8, L. 615-19-2 et L. 722-8-3 du présent code, les articles L. 732-12-1 et L. 742-3 du code rural et le dernier alinéa de l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines, ainsi que des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations dont le montant est fixé par arrêté ministériel ;
7°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ;	7°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ;
8°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant	8°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries

la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.	électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.
L245-16 actuel	**L245-16 modifié**
I. - Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 4,5 %. II. — Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti : - 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 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ; - une part correspondant à un taux de 2,05 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.	I. — Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 4,5 %. II. — Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti : ~~- 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 %** à la Caisse nationale ~~d'assurance vieillesse des travailleurs salariés~~ **de solidarité pour l'autonomie**; - une part correspondant à un taux de ~~2,05 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés~~. **3,35** % **au fonds mentionné à l'article L. 135-1**.
L. 651-2-1 actuel	**L. 651-2-1 modifié**
Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés : 1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 13,3 % ; 2° A la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 41,7 % ; 3° Au fonds mentionné à l'article L. 135-3, pour une fraction correspondant à 14 % ; 4° A la branche des assurances invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, pour une fraction correspondant à 31 %. La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.	Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés : 1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à ~~13,3%~~ **27,30 %** ; 2° A la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 41,7 % ; ~~3° Au fonds mentionné à l'article L. 135-3, pour une fraction correspondant à 14 % ;~~ 4° A la branche des assurances invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, pour une fraction correspondant à 31 % La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.
Article 1600-0 S actuel du code général des impôts	**Article 1600-0 S modifié 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	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 la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salarié	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 la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salarié*~~ **au fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale**.
Article L14-10-4 actuel du code de l'action sociale et des familles	**Article L14-10-4 actuel 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 le montant des revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, est supérieur ou égal au seuil mentionné au 2° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5 du même code. 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 % ; 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	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 le montant des revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, est supérieur ou égal au seuil mentionné au 2° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5 du même code. 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 % ; **3°Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;** ~~*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*~~

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 ; 6° Une part, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation sur les tabacs. La répartition de cette part entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget.	~~*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 ; 6° Une part, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation sur les tabacs. La répartition de cette part entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget.
Article L14-10-5 actuel du code de l'action sociale et des familles	**Article L14-10-5 actuel du code de l'action sociale et des familles**
La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sept sections distinctes selon les modalités suivantes : I. — Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 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 : 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, 2013 et 2014, le pourcentage défini au a est fixé à 13 % ; b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés	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. 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 bis) Pour les années 2012, 2013 et 2014, le pourcentage défini au a est fixé à 13 % ;*~~ b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3.

aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. 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 bis) Pour les années 2012, 2013 et 2014, le pourcentage défini au a est fixé à 39 % ; b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3. Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice. La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont imputées sur les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. II. — Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace : a) En ressources, 20 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4° du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3° du même article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ; b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon	Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. 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 bis) Pour les années 2012, 2013 et 2014, le pourcentage défini au a est fixé à 39 % ;*~~ b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3. Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice. La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont imputées sur les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. II. — Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace : 1° En ressources : « a) 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4~~*, le produit mentionné au 4° du même article*~~ et le produit ~~*de la contribution sociale généralisée*~~ mentionné au 3° dudit article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ; « b) Une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4. Au titre de l'exercice 2016, cette fraction est fixée à 55,9 % du produit de cette contribution. Au titre des exercices suivants, elle est fixée à 70,5 % de ce produit; 2° En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1°, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6. Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application

les modalités prévues à l'article L. 14-10-6. Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée. III. — Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace : a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ; b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7. Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application 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. Pour les années 2012, 2013 et 2014, ce taux est fixé à 39 %. IV. — Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace : 1° En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit, d'une part ; une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, d'autre part. Cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ; 2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses	de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée. III. — Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace : a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ; b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7. Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application 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. ~~*Pour les années 2012, 2013 et 2014, ce taux est fixé à 39 %.*~~ IV. — Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace : 1° En ressources : « a) Une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être ni inférieure à 5 %, ni supérieure à 12 % de ce produit ; « b) Une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 12 % de cette fraction ; « c) Une part de la fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis dudit article L. 14-10-4 affectée au a du V du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 4 % de cette fraction ; 2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de professionnalisation de leurs personnels et des intervenants directement employés pour ce faire par les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées, de dépenses d'accompagnement des proches aidants, de dépenses de

de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1.	formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1, de dépenses de formation et de soutien des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1.
La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section.	La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section.
V. — Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse :	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 dont celles prévues aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1, et les frais d'études et d'expertise 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, qui comprennent notamment des concours versés aux départements pour les actions de prévention prévues, respectivement, aux mêmes 1°, 2°, 4° et 6°, pour des montants fixés annuellement par arrêté des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction correspondant au produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4 diminué des montants respectivement mentionnés au b du 1° du II du présent article et au b du présent V, ainsi que par une fraction des ressources prévues au a du 2 du I, fixées par le même arrêté.
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 ;	~~*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, des ressources prévues au a du III du présent article et une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4, fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget ;
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.	~~*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.*~~
	VI. — Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.

V bis. — Une section consacrée à la mise en réserve du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4. Les ressources de cette section sont destinées au financement des mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie. VI. — Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes, à l'exception de la section V bis, au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées. Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Article 6 actuel de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale	**Article 6 modifié de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale**
Les ressources de la Caisse d'amortissement de la dette sociale sont constituées par : 1° Le produit des contributions instituées par le chapitre II. Ce produit est versé à la caisse, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, s'agissant du produit correspondant à la contribution mentionnée à l'article 14, et par l'Etat, s'agissant du produit correspondant aux contributions mentionnées aux articles 15 à 18 ; 2° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. Cette fraction est fixée au IV de l'article L. 136-8 du même code ; 3° Une fraction du produit des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du même code, fixée à l'article L. 245-16 dudit code ; 4° Les versements du Fonds de réserve pour les retraites dans les conditions fixées au dernier alinéa du I et au II de l'article L. 135-6 du même code.	Les ressources de la Caisse d'amortissement de la dette sociale sont constituées par : 1° Le produit des contributions instituées par le chapitre II. Ce produit est versé à la caisse, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, s'agissant du produit correspondant à la contribution mentionnée à l'article 14, et par l'Etat, s'agissant du produit correspondant aux contributions mentionnées aux articles 15 à 18 ; 2° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. Cette fraction est fixée au IV **et IV bis** de l'article L. 136-8 du même code ; ~~*3° Une fraction du produit des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du même code, fixée à l'article L. 245-16 dudit code ;*~~ 4° Les versements du Fonds de réserve pour les retraites dans les conditions fixées au dernier alinéa du I et au II de l'article L. 135-6 du même code.
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 :	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 ;	« — 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 ;	« — 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.	« 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. » ;	« 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 :	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.	« 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.	« 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.	« 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. »	« 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 :	2° Le 6 est ainsi rédigé :
« 6. Pour l'application du 4 :	« 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 en compte ;	« 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 ;	« 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. »	« 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.	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.	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 :	~~*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 :*~~
(En millions d'euros)	~~*(En millions d'euros)*~~ **Suppression du tableau**
Article 2 actuel de l'ordonnance n°2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint Pierre et Miquelon	**Article 2 modifié de l'ordonnance n°2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint Pierre et Miquelon**
Après le 12° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :	~~*Après le 12° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*~~
« 13° Le remboursement, à la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon, des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 modifiée portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 7°, 10° et 11° du présent article. »	~~*« 13° Le remboursement, à la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon, des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 modifiée portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 7°, 10° et 11° du présent article. »*~~

ARTICLE 16 - Mobilisation des excédents 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

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 fonds pour l'emploi hospitalier (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, géré par la caisse des dépôts et consignations (CDC), est financé par une contribution de 1 % à la charge des employeurs hospitaliers. Il est structurellement excédentaire et son niveau de réserves s'élève à plus de 112 M€ fin 2014.

Dans un contexte budgétaire extrêmement contraint, marqué par une forte décélération du taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier, le maintien de réserves d'un niveau conséquent au sein du FEH n'est pas opportun.

La mesure proposée a donc pour objectif de mobiliser, au profit des contributeurs initiaux que sont les établissements de santé, une partie des réserves historiquement constituées au sein du FEH.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à transférer une partie des excédents du FEH au sein du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) à titre exceptionnel pour l'année 20161.

Fin 2014, le niveau des réserves du FEH est de 112,7M€. Il est donc possible de transférer 40M€ au profit du FMESPP tout en garantissant le maintien d'un niveau de réserves bien supérieur au niveau d'un fonds de roulement prudentiel.

Le transfert de ces crédits à destination du FMESPP, également géré par la CDC, permettrait d'alléger la contrainte budgétaire pesant sur les établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM 2016. Le transfert de ces crédits viendra minorer d'autant la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au profit du FMESPP pour l'année 2016. Ainsi, ce transfert viendra mécaniquement diminuer les 'efforts d'économies à faire porter sur les établissements de santé.

b) Autres options possibles

La seule alternative serait le statu quo. Cette solution n'est cependant pas de nature à répondre aux problématiques évoquées ci-dessus.

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

La place de cette mesure en LFSS est justifiée en application des dispositions du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. Elle conduit en effet à minorer de 40M€ la participation des régimes d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2016 et a donc un impact direct sur les dépenses d'assurance maladie au titre de l'année 2016.

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

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

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

[1] A noter que la LFSS pour 2014 avait prévu, dans sa partie rectificative pour 2013, une opération de même nature, soit un transfert de 200M€ des réserves du FEH pour reconstituer une partie du fonds de roulement de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Sans objet.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure permet de minorer de 40M€ la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2016.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016 P	2017	2018	2019
régimes d'assurance maladie	0	+40	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

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

ARTICLE 17 – Aménagement du calendrier de reprise des déficits par 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 solidarité vieillesse par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est prévue par l'article 9 de 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 ;
- 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.

Cette reprise de dette a été financée par l'affectation :

- de 0,28 point de contribution sociale généralisée (CSG) supplémentaire, auparavant affectés à la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) ;
- 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) ;
- 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).

La LFSS pour 2014 a élargi le périmètre et modifié le calendrier de ce second volet du transfert prévu par la LFSS pour 2011 en ramenant le dernier exercice de cette période de reprise de 2018 à 2017. En effet les mesures prises dans le cadre de la réforme des retraites, améliorant les soldes de la branche vieillesse sur la période, ont permis de limiter les montants de déficits à reprendre. Dès lors, les plafonds définissant cette reprise pouvaient 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 l'équilibre global du schéma de reprise défini par la LFSS pour 2011. Cet élargissement du champ de la reprise – dans le respect du plafond global de 62 Md€ et des plafonds annuels de 10 Md€ – aux déficits des branches famille et maladie a permis de limiter l'ampleur des déficits cumulés de ces branches dont le financement est assuré à court terme par l'ACOSS, dont la mission qui lui est assignée par les textes est la couverture des besoins de financement non permanents des différentes branches du régime général.

Les taux historiquement bas observés sur les marchés financiers conduisent à questionner aujourd'hui la logique qui avait initialement présidé à ce schéma de reprise progressive de dette.

En effet, ce calendrier était conçu pour accompagner la montée en charge de la réforme des retraites de 2010 et prévoyait ainsi d'échelonner les reprises de dette jusqu'en 2018, année prévue du retour à l'équilibre des comptes des régimes de retraites. La LFSS pour 2014 a modifié le périmètre et le calendrier de cette reprise mais sans en modifier le rythme, le plafond annuel de 10 Md€ de reprise n'étant pas remis en cause. Ces reprises étant limitées aux déficits maladie et famille d'exercices anciens (essentiellement jusqu'à 2012), les déficits les plus récents s'accumulent sur le compte de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui finance donc cette dette de long terme en contradiction avec sa mission juridique et les outils dont elle dispose (prêts de la Caisse des dépôts et consignations d'échéance inférieure à un an, billets de trésorerie, Euro Commercial Papers, etc.) qui sont limités à la gestion de trésorerie.

La Cour des comptes, qui conteste régulièrement cette situation, signale encore dans l'introduction générale de son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2015 que, tandis que la dette accumulée à la CADES tend à se réduire, les amortissements étant supérieurs aux nouvelles dettes transférées, la dette restant gérée par l'ACOSS et financée à court terme se stabiliserait seulement en 2016 à un niveau de 32,5 Md€, et resterait à un niveau de 30 Md€ en 2018. Dans la mesure où cette situation expose une partie minoritaire mais néanmoins importante de la dette sociale au risque de remontée des taux d'intérêts, la Cour en recommande le transfert rapide à la CADES. Toutefois, plutôt que de transférer, comme le propose la Cour, l'intégralité de la dette non amortie qui sera constituée au cours des prochaines années, ce qui aurait pour corollaire une hausse immédiate et substantielle des prélèvements obligatoires acquittés par les ménages que la Cour évalue à 0,23 point de CRDS, le Gouvernement propose d'affecter à la CADES dès 2016 l'intégralité de la dette déjà accumulée, dans le respect du plafond de reprise de dette fixé par la LFSS pour 2011. Cette disposition réduirait de manière très significative l'endettement de l'ACOSS au titre des années 2016 et 2017, et donc son exposition au risque, sans avoir d'impact financier significatif pour la CADES ni l'effet défavorable pour les ménages qu'aurait une hausse de la CRDS.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à modifier l'ordonnance du 24 janvier 1996 en supprimant le plafond annuel de 10 Md€ fixé par la LFSS pour 2011. Cette suppression permettrait de saturer dès 2016 le plafond global de 62 Md€ lui aussi fixé par la LFSS pour 2011 et maintenu dans la nouvelle rédaction proposée. Elle ouvre la possibilité d'une reprise anticipée de 23,6 Md€ des déficits des branches vieillesse, maladie et famille du régime général et du FSV, organisée par décret conformément au schéma prévu par la LFSS pour 2011.

Elle offre l'opportunité de remplir le double objectif de limiter le niveau des déficits cumulés portés par l'ACOSS et de profiter des conditions de financement favorables à moyen et long terme sans pour autant modifier l'équilibre entre les recettes et les engagements transférés fixé dans les règles organiques relatives à l'horizon d'amortissement de la dette sociale. Cette modification du dispositif est sans impact sur les capacités d'apurement de la CADES dans la mesure où l'horizon d'apurement de la dette (actuellement estimé à 2024 dans les scénarios médians) n'en serait pas affecté.

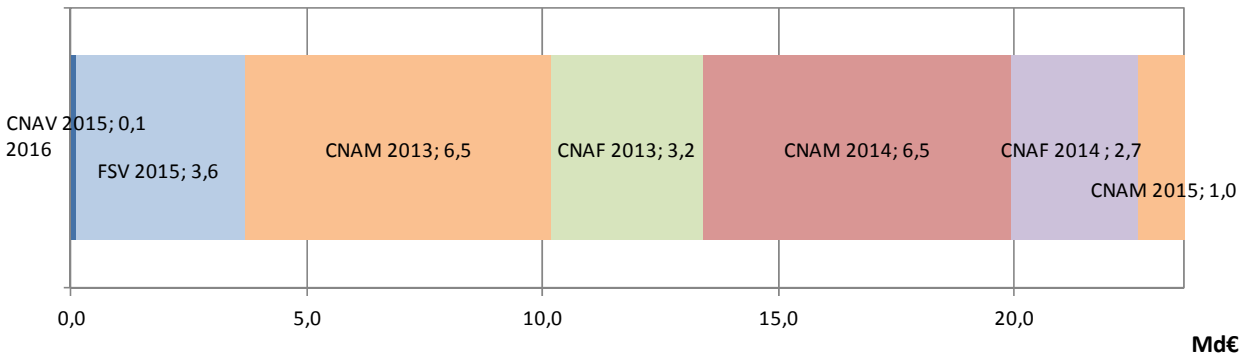
Cette mesure ne modifie pas le niveau des engagements transférés à la CADES et s'inscrit dans un cadre de désendettement de la sphère sociale. Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 110,7 Md€ au 31 décembre 2014, soit l'équivalent de 5,2 points de PIB. Après la forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009, ce passif net connait pour la première fois en 2014 une légère amélioration, qui reflète essentiellement la poursuite de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV (12,7 Md€ en 2014 contre 16,0 Md€ en 2013 et 19,1 Md€ en 2012) et de l'amortissement de la dette portée par la CADES (12,7 Md€ en 2014 contre 12,4 en 2013).

Cette amélioration se traduit en particulier par le constat, pour la première fois en 2014, d'un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale (1,4 Md€ contre -1,6 Md€ en 2013), qui signifie principalement que le résultat annuel de la CADES (qui traduit sa capacité annuelle d'amortissement des déficits passés), couplé aux bons résultats du portefeuille d'actifs du FRR, ont fait plus que couvrir les déficits des régimes nés en 2014.

Cette reprise anticipée permettra en outre une couverture contre le risque de remontée des taux à moyen et long terme, qui s'il advenait, conduirait la CADES à obtenir des financements à long terme de cette dette dans des conditions notablement moins favorables qu'actuellement. Dans ce schéma, la CADES, dont les règles de financement lui permettent de recourir à des instruments de court, moyen et long terme pourra calibrer au mieux sa stratégie de financement en fonction des évolutions macroéconomiques globales.

Le transfert intégral des 23,6 Md€ de déficits diminuerait significativement le déficit porté en trésorerie à l'ACOSS. Cette dernière sera ainsi à même de consentir plus facilement des avances de trésorerie à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, dans le respect des dispositions prévues par l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Le schéma ci-dessous retrace l'origine et le montant des déficits repris. Seront ainsi repris en 2016 : les déficits 2015 de la CNAV et du FSV (4,4 Md€ minorés de 0,7 Md€ au titre de la reprise 2015) ; le reliquat du déficit 2013 de la CNAMTS (6,5 Md€) et le déficit 2013 de la CNAF (3,2 Md€) ; le déficit 2014 de la CNAMTS (6,5 Md€) et le déficit 2014 de la CNAF (2,7 Md€) ; une partie du déficit 2015 de la CNAM (1 Md€).



Note de lecture : Les montants des déficits CNAV et FSV au titre de 2015 sont corrigés de la régularisation à opérer en 2016 au titre de la reprise 2015.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé d'achever la reprise de dette prévue par la LFSS 2011 dans le respect des plafonds annuels de 10 Md€. Toutefois, cette option présenterait un coût d'opportunité en cas de remontée des taux des titres obligataires à moyen et long terme. En effet, la CADES ne serait pas en capacité de placer les 13,6 Md€ qui restent à reprendre en 2017 et en 2018 aux taux particulièrement favorables actuellement constatés.

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

Cette mesure relative au transfert, à l'amortissement et aux conditions de financement de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base relève de la LFSS en application du 5° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale et, dans la mesure où elle a un impact sur la trésorerie de l'ACOSS, en relève aussi en application du 4° du B du V du même article.

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

Il n'existe pas de normes ou de jurisprudences communautaires ou européens s'appliquant spécifiquement aux conditions de transfert et d'amortissement de la dette sociale et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Cette mesure nécessite de modifier l'article 4 de l'ordonnance, non codifiée, n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Cette mesure n'abroge pas de dispositions obsolètes.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
			nc	nc	nc

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

Cette mesure n'est pas chiffrable à ce stade car l'effet financier immédiat dépendra de la stratégie financière employée par la CADES et arrêtée en concertation avec l'Agence France Trésor (AFT). La CADES arbitrera en effet entre des financements de court terme – et supportera alors, au regard des conditions de financement dont elle bénéficie, des charges financières équivalentes à celles de l'ACOSS – et des supports plus long, l'impact financier dépendant alors de la courbe des taux, c'est-à-dire de la différence entre les taux moyen-terme et long terme des titres émis et les taux court terme à la même date.

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

a) impacts économiques

Cette mesure est sans impact sur les ménages et les entreprises.

b) impacts sociaux

Cette mesure, de nature financière, n'a pas d'impact social.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure, de nature financière, n'a pas d'impact environnemental.

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

Cette mesure est sans impact sur les ménages, et par conséquent sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

Cette mesure se fera à recettes constantes et sera par conséquent sans impact pour les redevables.

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

La CADES sera en mesure d'assurer cette reprise anticipée à moyens constants.

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

La CADES sera en mesure d'assurer cette reprise anticipée à moyens constants.

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

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

Les montants et les dates des versements de la CADES à l'ACOSS, correspondants aux déficits transférés à la Caisse, seront fixés par décret conformément aux modalités déjà prévues par la LFSS pour 2011. Ce décret devrait être publié avant la fin du premier trimestre 2016.

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

Aucun délai de mis en œuvre ne justifie de mesures transitoires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Cette mesure ne fera pas l'objet d'une information des assurés ou cotisants.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le Programme de qualité et d'efficience (PQE) « Financement » permettra de suivre la mise œuvre du schéma porté par le PLFSS pour 2014. L'indicateur n°1-6 relatif au suivi de la dette sociale portée par la CADES présente en effet :

- 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.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale	**Article 4 modifié de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale …**
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 du présent article 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 au premier alinéa du présent II quinquies 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 dudit code, 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 dudit code et, enfin, des déficits de la branche mentionnée au 4° du même article.	II quinquies. — La couverture des déficits des exercices 2011 à ~~*2017*~~ **2015** 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 du présent article 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 au premier alinéa du présent II quinquies excède ~~*les plafonds qui y sont cités*~~ **le plafond qui y est cité**, les transferts sont affectés, par priorité, à la couverture des déficits de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 dudit code, 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 dudit code et, enfin, des déficits de la branche mentionnée au 4° du même article.

ARTICLE 18 – Intégration au régime général du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du grand port maritime de Bordeaux

I. Présentation de la mesure

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

Le régime spécial d'assurance maladie du grand port maritime de Bordeaux (GPMB)[1] couvre depuis 1926 les risques maladie, maternité, invalidité (pour le volet « soins ») et décès. Ce régime est géré par une mutuelle d'entreprise, dénommée **Caisse de prévoyance du port de Bordeaux** (CPPB)[2,] laquelle gère également le régime complémentaire obligatoire des salariés du GPMB. Ce régime spécial est régi par le « règlement du régime d'obligation » annexé aux statuts de la Caisse, établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale de la Caisse.

L'assise démographique du régime est très faible. En 2014, le régime comptait 410 agents pour lesquels l'employeur cotise pour 1 021 bénéficiaires au total, dont 611 ayants-droit.

Ce régime spécial prend en charge les prestations en nature dans des conditions identiques au régime général et sert quelques prestations supplémentaires :

- des forfaits spécifiques (dentaire, optique et acoustique)[3] ;
- la prise en charge du forfait hospitalier à 100 % du tarif de base[4] et de façon illimitée ;
- un capital décès quasiment identique à celui servi par le régime général avant la révision de ses modalités de calcul par le décret n° 2014-1715 du 30 décembre 2014 ;
- une allocation obsèques ;
- une allocation forfaitaire (qui complète en partie et pendant une durée limitée, en cas d'arrêt maladie, le demi-traitement versé par le GPMB au terme de la période de maintien intégral du salaire).

Les prestations servies par le régime spécial sont d'un montant peu élevé : le montant des charges maladie, maternité et décès s'élevait à 590 000 € en 2014.

Le régime ne sert pas de prestations en espèce en dehors de l'allocation forfaitaire précitée : c'est l'employeur qui assure le maintien de salaire en cas de congé maternité ainsi que le maintien intégral puis partiel du salaire en cas d'arrêt de travail pour maladie d'origine non professionnelle.

Le régime se caractérise par l'absence de cotisation salariale depuis le 1er janvier 1998[5] et par une cotisation employeur particulièrement faible (4,65 %)[6], dont le différentiel de taux avec le régime général (12,80 %) ne peut que partiellement s'expliquer par l'absence de prestations en espèce pour les risques maladie et maternité.

Le maintien de ce régime spécial n'apparaît plus justifié compte tenu :

- de la faiblesse des effectifs affiliés et du périmètre des prestations servies, très largement alignées sur celles du régime général ;

---

[1] Le port maritime de commerce de Bordeaux a été créé par un décret du 13 novembre 1924. Suite à la loi n° 65-491 du 29 juin 1965, le décret no 65-939 du 8 novembre 1965 lui confère le statut de « Port autonome de Bordeaux », placé sous la tutelle du ministre des travaux publics et des transports et soumis au contrôle économique et financier de l'Etat. Dans le cadre de la réforme portuaire mise en œuvre par la loi n° 2008-660 du 4 juillet 2008, sept des neuf ports autonomes français (Dunkerque, Le Havre, La Rochelle, Nantes-St-Nazaire, Rouen, Marseille et Bordeaux) ont été transformés en « grands ports maritimes » et ont vu leur gouvernance modernisée. Le grand port maritime de Bordeaux a été institué par le décret n° 2008-1034 du 9 octobre 2008. Il s'agit d'un établissement public à caractère industriel et commercial de l'Etat placé sous la tutelle du ministre chargé des ports maritimes. En janvier 2012, le port se dote d'un nouveau nom : Bordeaux Port Atlantique.

[2] Les premiers statuts de la **Caisse de prévoyance du port de Bordeaux** furent approuvés par arrêté du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance du 5 mars 1926. La CPPB est administrée par un conseil d'administration conformément à l'article L. 114-17 du code de la mutualité.

[3] Le forfait dentaire est égal au coefficient de la prothèse multiplié par un forfait déterminé par le conseil d'administration, le forfait optique est arrêté annuellement par le conseil d'administration (en 2013 : 445 € par année civile), les prothèses auditives font l'objet d'un forfait égal à 75 % du prix payé déduction faite du remboursement du régime obligatoire et du régime complémentaire.

[4] Contre 80 % au régime général.

[5] Initialement fixée à 4%, puis abaissée à 2,70%, la cotisation salariale a été supprimée au 1er janvier 1998 par la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998 (codifiée à l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale) et remplacée par la contribution sociale généralisée (CSG).

[6] Article 15 du décret n° 91-613 du 28 juin 1991 fixant les taux des cotisations de divers régimes spéciaux de sécurité sociale.

- des risques de concurrence déloyale qu'il occasionne vis-à-vis des autres établissements portuaires en matière de prélèvements sociaux : tous les autres ports maritimes relèvent en effet du régime général et s'acquittent donc de la cotisation maladie de droit commun de 12,80 % (les régimes spéciaux du Port autonome de Strasbourg et du Port autonome du Havre ont été transférés respectivement en 1949 et 1957).
- de la volonté des pouvoirs publics de rationaliser le paysage des opérateurs au sens large pour améliorer l'efficience du service public. C'est le cas notamment des petits opérateurs dont les ratios entre activité et dépenses sont les plus élevés quand bien même pris individuellement ces montants sont faibles. Dans le domaine de la sécurité sociale cette préoccupation rejoint la démarche d'intégration progressive au régime général des régimes spéciaux d'assurance maladie (cf. régime spécial de la Banque de France en 2007 et celui de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris le 1er janvier 2013).
- du projet de refonte de l'architecture financière de la branche maladie (cf. étude d'impact de l'article 38 relatif à l'architecture de la protection universelle maladie) ;
- du fait que ce régime spécial ne couvre pas les retraités anciens salariés du Port qui relèvent du régime général.

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

a) Mesure proposée

La mesure prévoit la suppression, entre le 1er janvier 2017 et le 1er janvier 2018, du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du personnel du GPMB par intégration au régime général de sécurité sociale pour l'ensemble de ces risques.

Cette mesure achève en cela l'intégration de ce régime spécial, qui avait été initiée par le décret n° 52-286 du 27 février 1952 concernant les risques vieillesse et invalidité (pour le volet « pensions »), en totale conformité avec la volonté du législateur selon laquelle le maintien des régimes spéciaux de sécurité sociale après 1945 est provisoire (article L. 711-1 du code de la sécurité sociale). Ainsi, après la suppression du régime spécial du GPMB, les prestations seront réparties de la manière suivante :

- le régime général servira les prestations en nature et le capital décès prévus au livre III du code de la sécurité sociale (en gestion, ce serait la CPAM du lieu de résidence de l'assuré qui servira ces prestations) ;
- suivant le principe de maintien des droits servis en cas de transformation d'un régime spécial mentionné à l'article R. 711-24 du code de la sécurité sociale, la prise en charge des prestations spécifiques actuellement servies par le régime spécial (dont le montant s'est élevé à 120 000 € en 2012) devra être garantie par l'employeur pour les salariés et anciens salariés du régime spécial ainsi pour leurs ayants droit. Ces prestations ont vocation à être reprises conjointement avec les prestations complémentaires dont bénéficient les salariés du GPMB

Le transfert au régime général se limitant aux prestations en nature, le GPMB continuera à assurer le maintien de salaire, y compris pendant les trois jours de carence.

Le périmètre de la mesure (transfert des seules prestations en nature) et les modalités de mise en œuvre sont identiques à celles retenues dans le cadre de l'intégration au régime général du régime spécial d'assurance maladie du personnel de la chambre de commerce et d'industrie de Paris.[1]

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

Cette mesure emporte des conséquences financières pour le régime général dès lors que ce régime devra assumer la charge financière des prestations maladie, maternité et décès et qu'il percevra les cotisations patronales au titre des assurés salariés du GPMB.

Cette mesure trouve sa place en PLFSS en application des 2° du B et 2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

[1] Article 28 de la LFSS 2012, décret n°2012-1486 et décret n°2012-1482.

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.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

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

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Taux de cotisation applicables

- Le taux cible de la cotisation employeur serait de 9,70% (taux applicable pour les fonctionnaires de l'Etat, qui ne sont assurés au régime général que pour les prestations en nature).
- Il est proposé un relèvement progressif de la cotisation employeur selon une montée en charge de 7 ans (cf. tableau ci-dessous) à compter du 1er janvier 2017 si l'intégration intervenait à cette date.

Relèvement de la cotisation employeur		**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**
CCIR Paris IDF (au titre des ex-agents de la CCIP)	Taux	5,10%	**5,80%**	**6,50%**	**7,20%**	**7,90%**	**8,60%**	**9,30%**	**9,70%**	9,70%	9,70%	9,70%	9,70%	9,70%	9,70%	9,70%
	Hausse n/n-1		*+ 0,7 pt*	*+ 0,7 pt*	*+ 07 pt*	*+ 0,7 pt*	*+ 0,7 pt*	*+ 0,7 pt*	*+ 0,4 pt*							
GPMB	Taux	4,65%	4,65%	4,65%	4,65%	4,65%	**5,37%**	**6,09%**	**6,81%**	**7,53%**	**8,25%**	**8,97%**	**9,70%**	9,70%	9,70%	9,70%
	Hausse n/n-1						*+ 0,72 pt*	*+ 0,72 pt*	*+ 0,72 pt*	*+ 0,72 pt*	*+ 0,72 pt*	*+ 0,72 pt*	*+ 0,73 pt*			

La montée en charge progressive du taux de la cotisation employeur ne s'appliquera que pour les agents du grand port maritime de Bordeaux affiliés au régime spécial à la date du transfert.

Le GPMB devra en revanche s'acquitter d'une cotisation de 9,70 % pour tous les salariés recrutés à compter de ce transfert.

Le principe d'une montée en charge progressive est identique au principe retenu pour le transfert du régime de la CCIP de Paris au régime général.

Impact pour le régime général (CNAMTS)

En produits, la CNAMTS bénéficiera des recettes liées à la cotisation employeur d'assurance maladie selon un rendement croissant compte tenu de la montée en charge progressive du taux de cette cotisation. A ces produits s'ajouteront les ressources liées au transfert des recettes de la CPPB issues de la contribution sociale généralisée (1 M€ en 2014).

En charges, la CNAMTS devra supporter le coût des prestations en nature servies aux assurés réaffiliés au régime général et les charges liées à la reprise de la dotation aux établissements hospitaliers.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** (en écart annuel par rapport au tendanciel) *Economie ou recette supplémentaire (signe +)* *Coût ou moindre recette (signe -)*				
	2015 ***(rectificatif)***	2016	2017	2018	2019
Régime général (CNAMTS)			+ 0,95 M€	+ 1,08 M€	+1,22 M€
Régime spécial du GPMB			Régime transféré		

Ces chiffres ne tiennent pas compte de l'enregistrement des réserves du régime spécial obligatoire qui seront constatées au moment de la clôture des comptes de l'exercice de l'année précédent la disparition du régime.

Impact pour le régime spécial du grand port maritime de Bordeaux

L'impact pour le régime spécial du GPMB serait nul dès lors que celui-ci est intégré au régime général.

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

a) Impacts économiques

Le GPMB aura à assumer le surcoût lié au relèvement progressif de la cotisation employeur. Afin de tenir compte des contraintes budgétaires portant sur le grand port maritime de Bordeaux, cet alignement se fera progressivement selon une montée en charge (cf. supra) fixée par décret.

Ce surcoût sera toutefois partiellement compensé par l'application du taux réduit des cotisations d'allocations familiales (3,45 % contre 5,25 % pour le taux « normal ») aux rémunérations annuelles qui n'excèdent pas 3,5 fois le montant annuel du SMIC brut (cf. mesure PLFSS 2016), dont le Port ne peut aujourd'hui bénéficier du fait de l'affiliation de ses salarié à un régime spécial d'assurance maladie. Le chiffrage de l'impact présenté dans le tableau ci-dessous est estimatif : faute de données sur la distribution des salaires, 85 % de la masse salariale est considérée comme ouvrant droit à la réduction du taux des allocations familiales.

Impact pour le GPMB d'un transfert du régime spécial au régime général pour les prestations en nature
(hypothèse retenue : projection sur 2016-2018 de l'évolution moyenne de la masse salariale sur 2012-2015)

		2016	2017	2018
	Masse salariale GPMB	15 588 000 €	**15 560 000 €**	**15 532 000 €**
Cotisation maladie	**Taux actuel**	4,65%	**4,65%**	**4,65%**
	Montant de cotisations	725 000 €	**723 000 €**	**722 000 €**
	Taux futur	4,65%	**5,37%**	**6,09%**
	Montant de cotisations	725 000 €	**836 000 €**	**946 000 €**
	Surcoût employeur	0 €	**113 000 €**	**224 000 €**
Cotisation des allocations familiales	**Taux actuel**	5,25%	**5,25%**	**5,25%**
	Montant de cotisations	818 000 €	**817 000 €**	**815 000 €**
	Taux réduit (rémunération < 3,5 SMIC)	5,25%	**3,45%**	**3,45%**
	Montant de cotisations	818 000 €	**579 000 €**	**578 000 €**
	Gain employeur	0 €	**-238 000 €**	**-237 000 €**
	Impact annuel global		**-125 000 €**	**-13 000 €**

Signe « - » : économie pour le port

b) Impacts sociaux

L'intégration du régime spécial d'assurance maladie n'emportera pas de réduction de droits pour les personnels du grand port maritime de Bordeaux compte tenu de l'obligation réglementaire de maintien du niveau des prestations en cas de transformation d'un régime spécial.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Sans objet, la mesure s'appliquant à l'ensemble des assurés.

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

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

Les salariés du grand port autonome de Bordeaux devront s'adresser au régime général pour bénéficier des prestations maladie, maternité et décès, à l'exception des quelques prestations spécifiques qui ont vocation à être reprises par une institution de prévoyance, mutuelle ou entreprise d'assurance.

b) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'information…)

Compte tenu du nombre d'assurés concernés (1 021 bénéficiaires), cet impact devrait être limité pour le régime général.

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

Compte tenu de l'intégration au régime général du régime spécial du grand port maritime de Bordeaux, le nombre d'ETP à affecter par le grand port maritime de Bordeaux à la gestion de ce régime spécial sera nul.

Le nombre d'ETP au sein de la Caisse de prévoyance du port de Bordeaux (6 agents au total, tous mis à disposition par le port) dédié à la gestion du régime spécial obligatoire n'est pas connu. En tout état de cause, les agents de la Caisse dont l'emploi n'est pas maintenu suite à la suppression du régime spécial seront réintégrés au sein du grand port maritime de Bordeaux ou pourront le cas échéant rejoindre la caisse primaire.

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

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

Un décret devra déterminer la date et les modalités de mise en œuvre du transfert, notamment les adaptations rendues nécessaires par ce transfert aux règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres I à III et VI du livre III du code de la sécurité sociale.

Un décret simple devra fixer, d'autre part, la montée en charge du taux de cotisation employeur.

Enfin, un arrêté devra fixer le montant des réserves du régime spécial éventuellement transférées à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

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

Le taux de la cotisation employeur sera aligné progressivement sur celui du régime général selon des modalités fixées par décret.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des assurés sur les nouvelles procédures applicables sera effectuée par les régimes et employeurs concernés.

d) Suivi de la mise en œuvre

Il n'existe pas de dispositif particulier de suivi. Cette mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficience.

ARTICLE 19 – Affiliation à la sécurité sociale des gens de mer embarqués à bord de navires battant pavillon étranger et résidant en France

I. Présentation de la mesure

Des affaires récentes ont mis en évidence la quasi-absence de protection sociale des marins qui résident en France tout en travaillant à bord de navires immatriculés dans un Etat étranger ne prévoyant qu'une couverture sociale très réduite, voire aucune couverture sociale pour les marins ne résidant pas sur son sol.

La mesure vise donc à assurer une couverture sociale satisfaisante aux marins résidant en France qui travaillent à bord de navires immatriculés dans un Etat autre qu'un Etat avec lequel la France est lié par un accord de coordination en matière de sécurité sociale, tout en permettant à la France de répondre aux obligations mises à la charge de l'Etat de résidence des marins par la Convention du Travail Maritime. Cette convention prévoit en effet que l'État de résidence prend des mesures pour assurer la protection sociale des gens de mer de façon complémentaire à la législation de l'État de résidence ; le manuel du Bureau International du Travail sur cette convention précise que la protection ainsi garantie ne doit pas être moins favorable que celle des personnes travaillant à terre qui résident sur le même territoire.

Dans ce but, la mesure prévoit l'affiliation obligatoire de ces marins à la sécurité sociale française.

Les marins embarqués à bord de navires pratiquant du cabotage dans les eaux territoriales font déjà l'objet d'une mesure similaire prévue à l'article L. 5563-1 du code des transports, sans que le régime de sécurité sociale des intéressés ait été précisé ; il est proposé de les faire relever explicitement du régime général de sécurité sociale.

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

a) Situation actuelle des marins travaillant à bord de navires battant pavillon étranger au regard de la sécurité sociale

L'exploitation d'une ligne internationale permet à l'armateur de choisir l'Etat dans lequel il immatricule ses navires et donc la législation applicable au navire et à son équipage.

Les marins qui travaillent à bord d'un navire immatriculé dans un Etat étranger sur des lignes internationales relèvent de la législation sociale de cet Etat.

Cette solution, sous réserve d'exceptions, est prévue pour les Etats membres de l'Espace Economique Européen et la Suisse par le Règlement (CE) n°883/2004 du 29 avril 2004 et par certains accords bilatéraux de coordination des systèmes de sécurité sociale liant la France à d'autres Etats.

La loi du pavillon prévaut aussi en l'absence d'accord international de sécurité sociale.

Or, la très grande majorité des navires desservant des lignes internationales sont immatriculés dans des Etats offrant des avantages fiscaux et une protection sociale réduite ou inexistante. Des Etats connus comme « pavillons de complaisance » ne prévoient aucun régime de sécurité sociale obligatoire pour les marins ne résidant pas sur leur sol.

L'armateur de navires battant pavillon d'un Etat partie à la Convention OIT du Travail Maritime (MLC 2006) doit au moins assurer une couverture minimale à court terme en cas de maladie ou d'accident survenu à bord, telle que prévue par cet accord (règle A4.2).

Mais, même lorsque l'armateur respecte cette obligation d'assurance minimale, cette couverture maladie privée est bien moins protectrice que l'assurance maladie française, ce qui place ces travailleurs, notamment en cas d'affection de longue durée, dans une situation très délicate.

Certains de ces marins résidant en France peuvent se trouver de fait couverts par l'assurance maladie française en tant qu'ayant-droit ou en tant que bénéficiaire de la CMU de base. Cependant, cette situation revient à faire supporter à la solidarité nationale ou aux salariés eux-mêmes le coût de leur couverture maladie et, ce faisant, à cautionner le choix délibéré de l'employeur de se placer sous une législation à bas coûts.

De surcroît, les intéressés ne bénéficient d'aucune couverture retraite et chômage.

b) Les obligations mises à la charge de l'Etat de résidence par la Convention du Travail Maritime

La Convention du Travail Maritime, qui a été ratifiée par la France, met des obligations à la charge de l'Etat du pavillon, de l'armateur, mais aussi de l'Etat de résidence des marins.

En effet, elle oblige chaque Etat à prendre « des mesures, en fonction de sa situation nationale, pour assurer la protection sociale complémentaire (à la couverture minimale qui incombe à l'armateur) à tous les gens de mer résidant habituellement sur son territoire » (règle norme A4.5. §3) pour les branches que cet Etat a déclaré couvrir. La protection

ainsi garantie ne doit pas être moins favorable que celle dont jouissent les personnes travaillant à terre qui résident sur le territoire de l'Etat concerné.

Il en découle que la France doit adopter les mesures propres à garantir la couverture des marins résidant sur son territoire dans les branches maladie-maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité, retraite, chômage, prestations familiales. La convention est relativement souple sur les modalités de mise en œuvre puisque la « responsabilité peut être mise en œuvre, par exemple, au moyen d'accords bilatéraux ou multilatéraux en la matière ou de systèmes fondés sur des cotisations ».

c) Le rattachement au régime général de sécurité sociale des marins employés à bord d'un navire pratiquant le cabotage maritime en cas d'option pour la législation française

Dans le même esprit, il a été prévu, par la loi du 28 mai 2013, l'application des règles sociales de l'Etat d'accueil aux salariés des navires pratiquant le cabotage, quelque soit le pavillon du navire. L'article L.5563-1 du code des transports dispose ainsi que les gens de mer employés à bord d'un navire pratiquant le cabotage maritime ou toute prestation de service réalisée à titre principal dans les eaux territoriales françaises bénéficient du régime de protection sociale de l'un des Etats membres de l'UE ou de l'EEE. En cas de choix de la législation française par l'employeur, il convient de préciser le régime de sécurité sociale compétent. Par similitude avec la solution envisagée pour les marins embarqués à bord de navires battant pavillon étranger (hors cabotage) et résidant en France, il est proposé de les faire relever du régime général de sécurité sociale.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à prévoir l'assujettissement obligatoire à la sécurité sociale française des marins résidant en France de façon stable et régulière et qui travaillent à bord de navires immatriculés à l'étranger, sous réserve de l'application de règlements ou accords internationaux en matière de sécurité sociale. Elle est seule de nature à garantir aux personnes concernées une couverture sociale pour les risques équivalents à ceux des salariés à terre. Elle permet aussi faire contribuer l'employeur au financement de cette couverture. Il est prévu de faire relever les salariés concernés du régime général de sécurité sociale.

La mesure connexe prévoit de rattacher au régime général les marins embarqués à bord d'un navire pratiquant le cabotage dans le cadre de l'application des règles sociales de l'Etat d'accueil.

b) Autres options possibles

D'autres options pourraient porter sur :

- D'une part, l'introduction d'une réserve au principe d'assujettissement obligatoire à la sécurité sociale, lorsque l'armateur justifie pour chaque marin résidant en France d'une couverture au moins équivalente à celle garantie pour le marin et ses ayant-droits. Compte-tenu du niveau de protection sociale à couvrir et de la difficulté à vérifier cette condition au cas par cas, cette solution n'est pas retenue.
- D'autre part, l'adoption d'une convention bilatérale avec chacun des pays. Eu égard aux difficultés de parvenir à un accord entre le France et les pays ayant le plus d'immatriculation de navires pour garantir une protection équivalente à celle de la France, l'adoption d'une mesure interne prévoyant une affiliation obligatoire à la sécurité sociale française paraît devoir être retenue.

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

La mesure a un effet sur les recettes du régime général de la sécurité sociale (impact pour l'année 2015 et les années suivantes): elle entre ainsi dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 1°, du 2° et du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure principale est prise en application de la Convention OIT du Travail Maritime (MLC 2006). Elle est prise sous réserve de l'application du règlement européen et des accords internationaux de coordination en matière de sécurité sociale.

La mesure connexe, pour les gens de mer embarqués à bord de navires pratiquant le cabotage, est prise pour l'application de l'article L. 5563-1 du code des transports.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure insère un alinéa à l'article L. 311-3 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	*Mesure applicable*
Mayotte	*Mesure non applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Pierre et Miquelon	*Mesure applicable*
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	*Mesure applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)		
	2016	2017	2018
Régime général	+ 1	+ 1	+ 1

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

La mesure a un rendement positif sur les recettes de la sécurité sociale.

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

a) impacts économiques

La mesure principale a pour conséquence de rendre l'armateur redevable de cotisations de sécurité sociale en France pour le personnel résidant en France. Cela rétablit une équité avec les compagnies françaises. Les salariés supporteront aussi la part salariale des cotisations, mais en contrepartie ils bénéficieront d'une couverture très améliorée.

La mesure connexe clarifie le régime de sécurité sociale de rattachement de marins embarqués à bord de navires pratiquant le cabotage, pour rendre effective l'obligation prévue à l'article L. 5563-1 du code des transports, dans le cadre du dispositif de l'Etat d'accueil, qui vise à instaurer des règles de concurrence équitables entre les différents opérateurs quel que soit le pavillon des navires.

b) impacts sociaux

La mesure améliore nettement la couverture sociale des intéressés, pour tous les risques concernés.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Sans objet.

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

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

Néant. C'est à l'employeur d'accomplir les formalités déclaratives et de paiement des cotisations.

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

Néant

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

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

La mesure sera applicable à compter du 1er janvier 2016.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information spécifique sera effectuée auprès des armateurs concernés.

d) Suivi de la mise en œuvre

Il n'est pas prévu de suivi spécifique de la mise en œuvre de cette mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 311-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 311-3 modifié du code de la sécurité sociale
Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires : 1° les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail ; […] 32° Les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail. Un décret fixe les modalités d'application du présent article.	Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires : 1° les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail ; […] 32° Les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail. **33° Dans le respect de la convention du travail maritime, 2006, de l'Organisation internationale du travail, les gens de mer salariés employés à bord d'un navire battant pavillon d'un État étranger autre qu'un navire dans le cas mentionné au 34° et qui résident en France de manière stable et régulière, sous réserve qu'ils ne soient pas soumis à la législation de sécurité sociale d'un État étranger, en application des règlements de l'Union européenne ou d'accords internationaux de sécurité sociale ;** **34° Les gens de mer salariés employés à bord d'un navire mentionné à l'article L. 5561-1 du code des transports, sous réserve qu'ils ne soient pas soumis au régime de protection sociale d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France en application de l'article L. 5563-1 du même code.** Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

ARTICLE 20 – Architecture financière de la protection universelle maladie

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

Alors que la couverture du risque maladie a été initialement conçue dans le cadre d'une segmentation professionnelle, elle a, depuis, fait l'objet, s'agissant du remboursement des soins (c'est-à-dire les prestations en nature, qui représentent la plus grande part des dépenses), d'une série d'évolutions importantes allant dans le sens d'une universalisation progressive. Depuis 2000 a été achevée, en particulier, la couverture de l'ensemble des personnes qui résident régulièrement en France grâce à la création de la couverture maladie universelle de base (CMU-b). Malgré cette évolution, le système d'ensemble se caractérise toujours par un empilement progressif de règles d'ouverture de droits qui ont été créées historiquement pour couvrir des situations particulières. Dans ce schéma, la CMU est aujourd'hui un dispositif subsidiaire bénéficiant aux personnes qui ne sont pas affiliées à la sécurité sociale à un autre titre et qui doivent donc entreprendre des démarches pour la solliciter. En conséquence, la perception de cette universalisation apparaît de fait limitée du point de vue des assurés, notamment en matière d'ouverture et de gestion des droits.

Pour rendre l'universalité de cette couverture la plus effective possible et éviter les ruptures de droits qui peuvent caractériser le système actuel lorsque le critère au regard duquel une personne est affiliée est modifié, il est proposé de mettre en œuvre une réforme d'ensemble modifiant l'architecture du droit à l'assurance maladie, sur un modèle proche de celui de la branche famille (cf. article 39 du présent projet de loi de financement).

Sur le plan financier, ce schéma conduit à revoir certaines dispositifs particuliers d'assujettissement et, plus largement, à réviser l'architecture globale du financement du risque maladie afin d'en garantir pleinement la dimension universelle.

• *Adaptation de dispositifs spécifiques d'assujettissement à l'universalisation de l'affiliation pour le bénéfice des prestations en nature*

Certains dispositifs d'assujettissement à cotisations maladie doivent être adaptés dans le cadre d'un schéma dans lequel l'ouverture des droits acquise dès l'affiliation initiale deviendrait permanente, sous réserve de continuer de respecter le critère de professionnalité ou celui de résidence stable et régulière.

En effet, du fait de la suppression des conditions selon lesquelles certains assurés résidant en France pouvaient, après diverses périodes de maintien de droits, arriver dans des situations dans lesquelles leur était signalée la fin de leur couverture maladie, le dispositif subsidiaire d'affiliation à la CMU-b et l'identification de la population sous ce statut disparaîtront. En conséquence, devra être ajusté le dispositif de l'actuelle cotisation CMU-b, actuellement assise dans les faits sur les seuls revenus du capital. Cette cotisation est aujourd'hui acquittée, parmi les 2,2 millions de personnes bénéficiant de la CMU, par 40 000 personnes ayant des revenus supérieurs à 9 601 € par an, pour un rendement global d'environ 45 M€. Les règles d'assujettissement feront l'objet d'ajustements à la marge. Par ailleurs, les modalités d'assujettissement des étudiants à leur cotisation forfaitaire spécifique seront réécrites à périmètre strictement constant.

• *Achèvement de l'intégration de la branche maladie*

L'achèvement de l'unification financière de l'assurance maladie sur le modèle de la branche famille est le corollaire nécessaire, au plan financier, de l'universalisation du risque maladie et des droits qui y sont attachés. Cette unification est aujourd'hui pratiquement atteinte : le régime général représente 86% du total des dépenses d'assurance maladie et 98% de ces mêmes dépenses si on lui adjoint les cinq régimes qui lui sont financièrement intégrés (le régime social des indépendants, la branche maladie des exploitants agricoles, le régime des salariés agricoles, le régime des militaires et celui des marins).

La mesure représente l'aboutissement d'un processus de rationalisation et d'unification du système, marqué ces dernières années, par l'intégration de nombreux régimes au régime général, la suppression du mécanisme contesté de « compensation démographique généralisée maladie » en 2011 et l'amélioration du dispositif de « compensation bilatérale » en 2012. Dans ce contexte, seul aujourd'hui un nombre limité de régimes restent non intégrés financièrement au sens strict du terme (le régime des personnels de la SNCF, le régime des personnels de la RATP, le régime des clercs et employés de notaires et le régime des mines). Ils représentent 2% du total des dépenses d'assurance maladie et moins de 900 000 bénéficiaires.

Par ailleurs, le système actuel se caractérise par des solidarités financières concurrentes qui, malgré un défaut de lisibilité, s'apparentent quasiment dans les faits à une intégration financière. Comme le souligne le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFi-PS) dans son dernier rapport sur la lisibilité des prélèvements et l'architecture financière des régimes sociaux, « la branche maladie connaît de multiples intégrations financières et enregistre encore des compensations démographiques bilatérales, en dépit de l'harmonisation intervenue en matière de prestations en nature. Il s'agirait donc, en premier objectif, de tirer les conclusions des intégrations intervenues pour rationaliser les transferts entre régimes d'assurance maladie, et en particulier les mécanismes de solidarité existants que sont les intégrations financières, la compensation bilatérale maladie et la répartition de la CSG maladie ».

En premier lieu, dans son principe comme dans ses modalités de calcul, la compensation bilatérale maladie s'apparente à une intégration financière dans la mesure où le montant du transfert réalisé entre la CNAMTS et chaque régime concerné est fixé sur la base d'un compte théorique du régime censé reprendre les taux de remboursement des

prestations et les règles de prélèvement en vigueur dans le régime général et où la mise en place du dispositif d'écrêtement en 2012 conduit à ne pouvoir sur-équilibrer un régime en application de ce mécanisme, rapprochant de facto ce mécanisme d'une dotation d'équilibre.

En second lieu, le mécanisme de répartition de la « CSG maladie », né du remplacement progressif à partir de 1998 des cotisations d'assurance maladie dues par les salariés et titulaires de revenus de remplacement ou de substitution par la CSG visait à garantir à l'ensemble des régimes la stabilité de leurs ressources en leur affectant des montants correspondant à l'estimation des pertes de cotisations subies du fait de la CSG. Ces montants sont depuis revalorisés chaque année en fonction de l'évolution constatée de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement au niveau de l'ensemble des régimes, sans tenir compte de l'évolution respective de l'assiette réelle de chacun d'entre eux depuis l'origine. Cette répartition demeure donc déterminée par la situation démographique respective des régimes telle qu'en 1998, alors qu'elle devrait logiquement, ainsi qu'en équité, reposer sur les sommes effectivement recouvrées sur les affiliés.

Ces deux dispositifs complexifient inutilement les relations financières entre les régimes d'assurance maladie, alors même que les prestations en nature sont identiques pour la quasi-totalité d'entre eux. Il est ainsi proposé de les remplacer par une intégration financière complète, assortie de l'exigence de retracer, dans les comptes de la CNAMTS, l'intégralité des dépenses de prestations en nature servies par chaque régime ainsi que les produits affectés à leur couverture, les prestations demeurant naturellement servies pour chacun des régimes. Cette architecture financière reflètera directement l'universalisation des droits qui fait l'objet de la présente réforme.

- ***Suppression des cotisations minimales applicables aux travailleurs indépendants agricoles et non agricoles***

La mise en place d'une protection universelle maladie incite par ailleurs à structurer le financement de ces droits universels autour de deux situations : des cotisations maladie proportionnelles sur les revenus d'activité des salariés et travailleurs indépendants (ainsi que pour les pensionnés et chômeurs, les revenus de remplacement étant la contrepartie de cette activité antérieure) ; pour les personnes résidant en France n'ayant pas acquitté les cotisations précédentes (ou, pour les salariés, lorsque leurs revenus d'activité sont inférieurs à un seuil d'importance minimale) et qui ont néanmoins des ressources suffisantes, l'ex-cotisation CMU-b ajustée assise sur la fraction des revenus dépassant le seuil d'entrée dans le dispositif. Les cotisations minimales des travailleurs indépendants agricoles et non agricoles qui n'entrent pas dans cette logique, seront alignées sur la règle de proportionnalité applicable à tous les revenus d'activité.

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

a) Mesure proposée

- ***Evolution de l'actuelle cotisation CMU-b (L. 380-2)***

L'article L. 380-2 modifié du code de la sécurité sociale prévoit un ajustement limité des règles de la cotisation CMU-b. La cotisation continuera d'assujettir les personnes affiliées sur critère de résidence stable et régulière qui n'ont pas été assujetties à la cotisation maladie sur des revenus d'activité ou de remplacement et qui n'appartiennent pas à un foyer fiscal dont l'un des membres est déjà assuré sur critère professionnel, en retenant une assiette composée des revenus du capital (soit dans les faits une assiette peu différente de celle de la cotisation CMU-b actuelle, qui repose juridiquement sur l'ensemble du RFR, et donc sur les revenus d'activité et de remplacement comme du capital, mais qui compte tenu des conditions d'assujettissement ne pouvait viser en pratique que des personnes aux revenus d'activité faibles ou nuls).

L'exigibilité de cette cotisation reposera sur les principes suivants, identiques à ceux en vigueur pour la cotisation CMU-b :

- Les personnes percevant des revenus d'activité significatifs, assujettis aux cotisations d'assurance maladie au titre de leur activité professionnelle (que celle-ci soit issue d'une activité indépendante ou salariée) ne seront pas assujetties. Le seuil permettant de déterminer si les revenus d'activité sont suffisants sera fixé à un niveau similaire au seuil actuel en matière d'ouverture des droits maladie au régime général, soit autour de 10% de la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale (PASS)[1] ;

- Les bénéficiaires de revenus de remplacement (pensions de retraite, indemnisation chômage, notamment) seraient exclus comme actuellement de cet assujettissement puisqu'ils sont affiliés en propre du fait des périodes d'activité au cours desquelles ils ont cotisé ;

- Les élèves et étudiants relevant de la couverture mentionnée à l'article L. 381-4 du code de la sécurité sociale et qui sont redevables de la cotisation forfaitaire étudiante selon des règles propres déterminées à l'article L. 381-8 (voir infra) ne seront pas assujettis à cette cotisation ;

[1] Pour éviter une pluralité de références, il est proposé d'exprimer tous les seuils applicables en fonction du plafond de la sécurité sociale (38 040 € au 1er janvier 2015).

- Enfin, les personnes qui ne perçoivent pas de revenus d'activité, ou dont les revenus d'activité sont inférieurs au seuil de 10 % du PASS, et qui par ailleurs ne s'inscrivent pas dans les cas de dispense prévus, seraient redevables de la cotisation.

La cotisation sera due sur la base des revenus non professionnels, c'est-à-dire essentiellement les revenus du capital, pour la fraction qui est supérieure à un montant défini par décret. Les paramètres de l'actuelle cotisation CMU-b ne seront pas remis en cause. Sera introduit un mécanisme de lissage du seuil de revenus d'activité au-delà duquel la cotisation n'est pas due, afin d'une part de lisser les effets induits en termes d'assujettissement par le gain ou l'absence d'un euro de revenu tiré de l'activité exercée, d'autre part d'éviter les éventuels effets d'optimisation de constitution « fictive » d'une activité professionnelle déclarée pour échapper au prélèvement sur les revenus du capital. Le recouvrement continuera à être assuré par les URSSAF. Ces organismes seront, à cette fin, destinataires des données fiscales relatives aux personnes entrant dans le champ de cette cotisation, ce qui devrait permettre d'en assurer un meilleur recouvrement.

Cette mesure garantira ainsi la poursuite de l'objectif recherché par la cotisation CMU-b, à savoir la contributivité des revenus non-professionnels au financement solidaire de l'assurance maladie.

- ***Adaptation de la cotisation étudiante (L. 381-4 et L. 381-8)***

L'article L. 381-8 modifié réécrit les dispositions relatives à la cotisation forfaitaire due par les étudiants en clarifiant les règles d'exigibilité et d'exonération. Ainsi, il est explicitement prévu que seront exonérés de cette cotisation :

- les étudiants boursiers (déjà exonérés actuellement) ;
- les étudiants de moins de 20 ans (ces personnes étaient jusqu'à présent exonérées de facto en qualité d'ayant-droit). La notion d'ayant-droit majeur ayant disparu, afin de ne pas augmenter le niveau des contributions, une dispense de cotisation serait créée en substitution ;
- les étudiants exerçant une activité professionnelle (en cohérence avec le double critère de subsidiarité en matière d'assujettissement au regard d'une activité professionnelle). En effet, l'assujettissement aux cotisations d'assurance maladie reste quant à lui conditionné principalement par l'activité professionnelle.

- ***Intégration financière***

Pour parachever l'intégration financière de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, il est proposé de supprimer le dispositif de la compensation bilatérale et de réviser le mécanisme actuel de répartition de la « CSG maladie » pour leur affecter la CSG effectivement collectée sur leurs affiliés actifs.

Le présent article prévoit ainsi que la CNAMTS assure l'équilibre financier des nouveaux régimes intégrés (CRPCEN, CPRP SNCF, RATP et CANSSM) tout en renforçant l'exigence d'un suivi particulier des dépenses correspondant aux prestations en nature et en espèces spécifiques à ces régimes spéciaux. L'intégration financière emporte également pour conséquence la reprise des déficits accumulés par le régime des Mines, qui connaît une situation démographique particulièrement dégradée. Les déficits du régime d'assurance maladie des Mines seront donc transférés à la CNAM, ce qui contribuera à faciliter la gestion de la trésorerie de cette Caisse.

La suppression progressive du régime spécial du port autonome de Bordeaux - régime qui ne concerne qu'environ un millier d'assurés - participe également à achever l'unification financière de l'assurance maladie (cf. EI Intégration au régime du régime spécial d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès du grand port maritime).

Il est prévu par ailleurs que l'ensemble des dépenses de prestations en nature et des recettes les finançant dans chacun des régimes obligatoires d'assurance maladie sera retracé dans les comptes de la CNAMTS, sur le modèle de l'intégration réalisée par la branche famille. En pratique, la CNAMTS, tout comme le fait aujourd'hui la CNAF, retracera les charges et produits des prestations en nature ou frais de santé de tous les régimes dans les comptes combinés de la branche maladie du régime général pour la partie des droits équivalents à ceux du régime général, et non plus seulement le solde des charges et produits, comme c'est le cas actuellement, pour ce qui concerne les intégrations financières du RSI et de la MSA. La caisse inscrira également en charge – ou en produits dans le cas inverse – les dotations liées à l'équilibrage des régimes sur le champ des autres prestations (espèces et droits spécifiques).

Dans un premier temps et à titre transitoire, chaque régime intégré transmettra au moment de la clôture des comptes une balance comptable, retraçant l'ensemble des charges et produits, qui complètera celle de la CNAMTS. A terme, ces transmissions pourront être mensuelles et seront prises en compte dans le cadre de l'élaboration des comptes mensuels. Cette nouvelle organisation garantira une meilleure lisibilité et facilitera le suivi de la dépense et notamment le pilotage de l'ONDAM. Elle permettra en effet d'avoir directement une vision consolidée des dépenses d'assurance maladie ventilées selon les lignes du Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS).

Enfin, l'article L. 139-1 qui définit le mécanisme actuel de répartition de la « CSG maladie » est abrogé et l'article L. 136-8 est réécrit pour prévoir une affectation en trésorerie sur la base de la CSG acquittée par les personnes affiliées à ces régimes.

S'agissant des régimes spéciaux, ce mécanisme s'accompagnera de mesures de convergence sur les taux de cotisation de ces régimes en tenant compte des situations particulières qui les concernent (absence de prestations en espèces, financement de réseaux de soins, prise en compte forfaitaire des frais de gestion, etc.).

Ces dispositions s'inscrivent dans le cadre des analyses récentes faites par le Haut conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPS).

- ***Suppression des cotisations minimales maladie des travailleurs indépendants agricoles et non agricoles***

Les cotisations minimales maladie des travailleurs indépendants agricoles (833 €) et non agricoles (247 €) seront supprimées, afin que les travailleurs indépendants bénéficient des règles de droit commun leur permettant de cotiser sur la base de leur revenu d'activité ou sur leur chiffre d'affaire (pour les micro-entrepreneurs).

Cette initiative réduira, par ailleurs, l'écart entre le niveau de prélèvement supporté par les travailleurs indépendants qui ont opté pour le régime réel de cotisation et ceux ayant opté pour le régime micro-social. La suppression de la cotisation minimale maladie des travailleurs indépendants non agricoles permet, à prélèvement global constant, de relever la cotisation minimale d'assurance vieillesse de base pour garantir aux indépendants la validation de 3 trimestres de retraite par an, alors qu'aujourd'hui, un indépendant qui n'a dégagé qu'un faible bénéfice même en travaillant une année entière ne valide que 2 trimestres.

S'agissant des exploitants agricoles, dans la mesure où la cotisation due par les non-salariés agricoles couvre actuellement les prestations en maladie, maternité et invalidité, la suppression des cotisations minimales maladie nécessite de distinguer les cotisations dues au titre de l'assurance maladie-maternité et celles dues au titre de l'invalidité. La mesure consiste à affecter une partie de la cotisation maladie-invalidité-maternité actuellement acquittée par les non-salariés agricoles au seul risque invalidité. Cette part dédiée au risque invalidité deviendra une cotisation spécifique déduite de la cotisation maladie actuelle. Dans un souci d'harmonisation, l'assiette minimale de la cotisation invalidité des non-salariés agricoles sera fixée par décret, en cohérence avec celle des travailleurs indépendants. Cette nouvelle modalité de financement des prestations d'invalidité ne modifie pas les modalités de calcul des prestations d'invalidité applicables au régime des non-salariés agricoles.

b) Autres options possibles

Le maintien des dispositions actuelles conduirait à concilier une architecture financière segmentée et des droits maladie totalement universalisés. Or, comme a eu l'occasion de le rappeler notamment le HCFiPS dans ses travaux, la mise en cohérence d'un corpus édictant la nature des droits ouverts aux assurés et d'une organisation financière adaptée permettant de les couvrir est à la base de la construction de la sécurité sociale et de ses modes de régulation.

En ce qui concerne le recouvrement de la nouvelle cotisation acquittée par les personnes qui ne sont pas affiliées au titre d'une activité professionnelle, il aurait pu être envisagé d'opter pur un transfert du recouvrement à l'administration fiscale sur la base des éléments déclarés par les redevables à l'impôt sur le revenu. Le choix de maintenir de préférence le recouvrement de la cotisation dans le champ des organismes de sécurité sociale actuellement compétent pour cette cotisation fera l'objet de travaux de validation au cours de l'année 2016 afin de s'assurer des conditions effectives de sa mise en œuvre. La gestion par l'administration fiscale sera également examinée afin de constituer une solution alternative à adopter, le cas échéant, dans le cadre du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, si elle s'avérait plus simple à mettre en œuvre, notamment du point de vue des assurés, que le maintien du dispositif actuel.

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

Les dispositions relatives à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des cotisations peuvent figurer dans le volet « recettes » des lois de financement de la sécurité sociale en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. De même les dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité des régimes obligatoires de base peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir (4° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale).

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences communautaires ou européennes s'appliquant spécifiquement à l'organisation financière d'un système de protection sociale et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie une partie des chapitres IV, VI et IX du titre III du livre I du code de la sécurité sociale, ainsi que la section I du chapitre I du titre IV du livre II et une partie du chapitre préliminaire du titre VIII du livre III du même code.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure abroge notamment les dispositions relatives à la compensation bilatérale maladie (L. 134-3, L. 134-4, L. 134-5, L. 134-5-1) et celles relatives au mécanisme actuelle de répartition de la CSG affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie (L. 139-1). Les dispositions restantes sont clarifiées afin de séparer les mécanismes propres à l'assurance maladie, à l'assurance vieillesse, à la branche AT-MP.

La mesure abroge en outre les dispositions inutiles relatives à des arrêtés constatatifs pour la caisse nationale militaire de sécurité sociale (dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 713-21) et le régime maladie des marins (dernière phrase de l'article L. 715-2).

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier des dispositions d'intégration est globalement neutre pour la branche maladie, la CNAMTS et les régimes intégrés. En effet la mesure supprime deux mécanismes d'équilibrage (la compensation bilatérale et le mécanisme de répartition de la « CSG maladie ») pour leur substituer une intégration financière dans laquelle une dotation d'équilibre du régime général vient se substituer aux ressources de la compensation bilatérale ou de la part de la « CSG maladie » surévaluée qui leur était jusque-là reversée.

S'agissant de l'ajustement des règles de la cotisation CMU-b, la cotisation sera recouvrée en 2017 mais sera rattachée, par le biais d'un produit à recevoir, aux comptes 2016 compte tenu de son fait générateur (cotisation due au titre de la couverture de l'année 2016). Les ajustements apportées par le présent article ne devraient pas emporter de conséquences en termes de rendement (45 M€ actuellement).

Un alignement de la cotisation minimale maladie des exploitants agricoles a été annoncé par le Premier ministre le 4 septembre dans le cadre du plan de mobilisation pour l'élevage français, mesure représentant un impact financier de 45 M€. L'effet de la suppression de la cotisation minimale des exploitants agricoles a été chiffré sur la base des informations détaillées de revenus de la MSA à 60 M€, l'impact complémentaire de la mesure présentée dans le cadre du présent projet de loi représentant ainsi un surcoût par rapport à la mesure annoncée début septembre de 15 M€.

Le coût de la suppression de la cotisation minimale maladie due au RSI est évalué quant à lui à 40 M€, montant qui s'inscrit dans le cadre d'un ensemble de dispositions relatives à la protection sociale des travailleurs indépendants non agricoles, avec des effets financiers à prendre en compte sur ce périmètre, et sera à ce titre compensé par le relèvement de la cotisation minimale d'assurance vieillesse de base des indépendants non agricoles, à un niveau permettant la validation de trois trimestres de retraite par an.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016 P ou R	2017	2018	2019
Intégration financière		0	0		
Nouvelle cotisation		0	0		
Suppression de la cotisation minimale maladie des exploitants agricoles		- 15	- 15		
Effet de la suppression de la cotisation maladie des travailleurs indépendants non agricoles		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 suppression des cotisations minimales sera bénéfique pour les travailleurs non salariés dont les revenus sont les plus faibles. A ce titre, elle constituera également un soutien à l'activité et un encouragement pour les personnes qui le souhaitent, à se lancer dans une activité indépendante.

La modification des règles applicables pour cette cotisation devrait être globalement neutre pour les ménages.

Le reste des dispositions est sans impact sur les assurés, les employeurs ou les régimes.

b) impacts sociaux

Ces dispositions essentiellement financières font partie d'une réforme globale visant à mieux garantir l'universalité du bénéfice des prestations en nature, à mieux garantir la pérennité de l'ouverture des droits et à simplifier les règles de gestion.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

L'assujettissement à une cotisation appelée ex post sur la base des informations déclarées à l'impôt sur le revenu créera un mécanisme simplifié en gestion par rapport à l'affiliation à la CMU-b que les personnes qui pouvaient être éligibles devaient explicitement demander. Par ailleurs les dispositions d'intégration financière garantissent une plus grande solidarité et équité entre les différents régimes de sécurité sociale.

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

Les dispositions simplifient les modalités d'assujettissement pour les personnes affiliées sur critères autres qu'au titre d'une activité professionnelle en évitant de gérer le dispositif spécifique d'affiliation à la CMU-b.

La cotisation issue de l'actuelle cotisation CMU-b sera recouvrée sur la base des informations transmises par les services fiscaux. La mise en œuvre opérationnelle de cette mesure fera, comme indiqué ci-dessus, l'objet de travaux en collaboration entre les Urssaf, qui dans la mesure du possible devraient être l'interlocuteur privilégié pour le recouvrement final de la cotisation, et l'administration fiscale.

Les dispositions d'intégration financière, ne remettent pas en cause ni l'existence propre des régimes qui continueront à assurer le service des prestations auprès de leurs assurés ni la possibilité pour les régimes de servir des prestations spécifiques. En revanche la mesure nécessite une adaptation des systèmes d'information comptable de la CNAM et des régimes intégrés. En effet, à l'heure actuelle, la CNAM n'enregistre dans ses comptes que les soldes entre les charges et les produits des régimes qui lui sont financièrement intégrés. De même les régimes intégrés devront poursuivre les travaux menés actuellement de mise à jour des systèmes d'information permettant de distinguer dans leurs comptes ce qui relève du régime de base d'assurance maladie et ce qui relève du régime spécifique. Ce chantier est tributaire pour certains régimes des travaux menés par la CNAM qui assure en effet pour leur compte l'infogérance de leur assurance maladie. Les nouvelles modalités de répartition de la CSG entre régimes nécessiteront quant à elles une mise à jour limitée des systèmes d'information de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens déjà alloués aux caisses de sécurité sociale et administrations publiques. Les seuils fixés pour l'assujettissement à la cotisation dont seront redevables les personnes qui ne cotisent pas au titre d'une activité professionnelle, ainsi que le cas échéant des règles de montant minimum de mise en recouvrement, seront déterminés notamment pour éviter la gestion d'une population dont la taille serait difficilement absorbable par les organismes concernés et qui ne serait pas proportionnée aux enjeux particuliers attachés à cette cotisation.

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

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

Les dispositions législatives feront l'objet de textes d'application qui préciseront :

- les modalités d'assujettissement de la nouvelle cotisation sur critère de résidence (taux, seuils d'exigibilité, modalités spécifiques de recouvrement éventuelle)

- les modalités de l'intégration financière au régime général des régimes non encore intégrés et notamment des régimes spéciaux dont l'article de loi précise que les dépenses spécifiques font l'objet d'un suivi dédié ;

- les nouvelles modalités de répartition de la CSG entre régimes.

L'ensemble de ces dispositions feront l'objet de décret simple. Une partie des dispositions notamment celles relatives à l'assujettissement à la nouvelle cotisation sur critère de résidence devront être publiés pour un recouvrement, effectué en « N+1 » donc entrant opérationnellement en vigueur en 2017. Les dispositions relatives à l'intégration financière devront être publiées en amont de la clôture des comptes 2016. Les dispositions relatives à l'intégration financière des régimes spéciaux feront l'objet d'un suivi spécifique et d'un travail de concertation dédié.

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

Comme indiqué ci-dessus, la nouvelle cotisation sera recouvrée en 2017 au titre des revenus de l'année 2016, ce qui laisse un délai d'adaptation aux administrations pour mettre en place le dispositif.

Par ailleurs, les modalités de comptabilisation qui devront être précisées par décret s'appliqueront aux comptes de l'exercice 2016. La solution qui prévaut actuellement pour les régimes intégrés au régime général (intégration en solde) pourra être maintenue à court terme en fonction des contraintes techniques ou organisationnelles.

Enfin les nouvelles modalités de répartition de la « CSG maladie » entre régimes pourront donner lieu, du moins dans un premier temps, à une solution transitoire dans laquelle la répartition des montants se fera sur la base d'estimations statistiques plutôt que sur la base des remontées comptables.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les nouvelles règles d'assujettissement devront faire l'objet d'une information par l'intermédiaire de caisses concernées ainsi que des services fiscaux.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les données chiffrées relatives à l'application de cette mesure seront établies par la DGFIP et l'ACOSS.

Les comptes de la CNAMTS présentés notamment dans les rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale traduiront les évolutions prévues par le présent article de loi.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la Sécurité sociale	
Titre III du livre I du code de la sécurité sociale **Chapitre III bis**	
Section II ter : règlement simplifié des cotisations et contributions des travailleurs indépendants – régime micro-social	
L. 133-6-8 actuel	**L. 133-6-8 modifié**
I.-Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants mentionnés au II du présent article bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont calculées mensuellement ou trimestriellement, en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux global fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée aux mêmes articles, de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et des contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants ne relevant pas du régime prévu au présent article. Un taux global différent peut être fixé par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux global ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés auxdits articles 50-0 ou 102 ter, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.	I.-Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants mentionnés au II du présent article bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont calculées mensuellement ou trimestriellement, en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux global fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée aux mêmes articles, de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et des contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants ne relevant pas du régime prévu au présent article. Un taux global différent peut être fixé par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux global ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés auxdits articles 50-0 ou 102 ter, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.
Le montant mensuel ou trimestriel des cotisations et des contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article ne peut être inférieur à un montant fixé, par décret, en pourcentage de la somme des montants minimaux de cotisation fixés :	Le montant mensuel ou trimestriel des cotisations et des contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article ne peut être inférieur à un montant fixé, par décret, en pourcentage de la somme des montants minimaux de cotisation fixés :
1° Pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, en application du deuxième alinéa des articles L. 612-4, L. 612-13 et L. 633-10 et du dernier alinéa de l'article L. 635-5 ainsi que, le cas échéant, du quatrième alinéa de l'article L. 635-1 ;	1° Pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, en application du deuxième alinéa des articles ~~*L. 612-4*~~, L. 612-13 et L. 633-10 et du dernier alinéa de l'article L. 635-5 ainsi que, le cas échéant, du quatrième alinéa de l'article L. 635-1 ;
2° Pour les professions libérales, en application du deuxième alinéa de l'article L. 612-4, de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, des articles L. 644-1 et L. 644-2.	2° Pour les professions libérales, en application ~~*du deuxième alinéa de l'article L. 612-4,*~~ de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, des articles L. 644-1 et L. 644-2.
II.-Le présent article s'applique aux travailleurs indépendants relevant des professions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 et à ceux relevant de la	II.-Le présent article s'applique aux travailleurs indépendants relevant des professions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 et à ceux relevant de la

Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse. Le bénéfice de ces dispositions peut être étendu par décret, pris après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés, à tout ou partie des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les autres travailleurs indépendants. III.-Le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer à la date à laquelle les travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Par dérogation, le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer au 31 décembre de l'année au cours de laquelle sont exercées les options prévues au 4 du même article 50-0 et au 5 du même article 102 ter. IV.-Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article sont calculées, à la demande de ces derniers, sur la base soit d'un revenu forfaitaire, soit d'un pourcentage du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise. V.-Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.	Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse. Le bénéfice de ces dispositions peut être étendu par décret, pris après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés, à tout ou partie des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les autres travailleurs indépendants. III.-Le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer à la date à laquelle les travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Par dérogation, le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer au 31 décembre de l'année au cours de laquelle sont exercées les options prévues au 4 du même article 50-0 et au 5 du même article 102 ter. IV.-Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article sont calculées, à la demande de ces derniers, sur la base soit d'un revenu forfaitaire, soit d'un pourcentage du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise. V.-Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.
Titre III du Livre I du Code de la Sécurité sociale **Chapitre IV : Relations inter régimes**	
Section première Compensation généralisée	**Section première** ~~*Compensation généralisée*~~ **Relations financières entre les régimes d'assurance vieillesse**
Articles L. 134-1 et L. 134-2 inchangés	
L. 134-3 actuel	**L. 134-3 modifié (déplacé depuis la section 2)**
La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge, pour l'ensemble des agents en activité et des retraités relevant du régime spécial de sécurité sociale de la Société nationale des chemins de fer français la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III. La caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français, à laquelle les intéressés restent immatriculés, assure, pour le compte du régime général, la gestion des risques mentionnés à l'alinéa ci-dessus, la Société nationale des chemins de fer français continuant à dispenser aux agents en activité les soins médicaux et paramédicaux. Cette caisse assure à ses ressortissants l'ensemble des prestations qu'elle servait au 31 décembre 1970.	**Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et des produits :** **1° Des branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 611-2 ;** **2° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ;** **3 Du risque vieillesse et veuvage de la branche mentionnée au 2° de l'article L.722-27 du code rural et de la pêche maritime ;** **Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 2° du présent article.** **Un décret fixe les modalités d'application du présent article.**

Section II Compensation entre le régime général et les régimes de la Société nationale des chemins de fer français, des mineurs et de la régie autonome des transports parisiens (maladie, maternité, invalidité)	**Section II Relations financières entre la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et les autres régimes**
Sous-section 1 Dispositions communes	~~**Sous-section 1 Dispositions communes**~~
L. 134-4 actuel	**L. 134-4 modifié**
La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III et à la section 1 du chapitre III du titre V du livre VII, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et retraités relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des mineurs et des agents de la Régie autonome des transports parisiens. La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par les organismes propres aux régimes spéciaux en cause auxquels les intéressés restent affiliés. La caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, et la Régie autonome des transports parisiens pour les agents du cadre permanent, continuent de servir l'ensemble des prestations prévues par les dispositions en vigueur.	**Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et produits :** **1° De la branche mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 ;** **2° De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des charges relatives aux indemnités journalières mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 762-18-1 du même code et des frais de gestion et de contrôle médical associés à ces indemnités ainsi que des produits relatifs aux cotisations qui couvrent ces indemnités et frais ;** **3° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès de la branche mentionnée au 2° de l'article L.722-27 du code rural et de la pêche maritime ;** **4° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès des régimes mentionnés à l'article L. 711-1 ; pour ces régimes il est fait un suivi des dépenses n'entrant pas dans le champ de l'article L. 160-1.** **Un décret fixe les modalités d'application du présent article.**
L. 134-5 actuel	**L. 134-5 modifié**
Le taux des cotisations dues au régime général par les régimes spéciaux mentionnés aux articles L. 134-3 et L. 134-4, au titre des travailleurs salariés en activité ou retraités, est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ces régimes continuent à assumer. Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-4 susmentionné, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et à la Régie autonome des transports parisiens les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature. Elle rembourse, dans les mêmes limites, à la caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français les prestations en nature versées par cet organisme pour le compte du régime général et à la Société nationale des chemins de fer français les dépenses afférentes aux soins médicaux	~~*Le taux des cotisations dues au régime général par les régimes spéciaux mentionnés aux articles L. 134-3 et L. 134-4, au titre des travailleurs salariés en activité ou retraités, est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ces régimes continuent à assumer.*~~ ~~*Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-4 susmentionné, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et à la Régie autonome des transports parisiens les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature. Elle rembourse, dans les mêmes limites, à la caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français les prestations en nature versées par cet organisme pour le compte du régime général et à la Société nationale des chemins de fer français les dépenses afférentes aux soins médicaux et paramédicaux dispensés*~~

et paramédicaux dispensés aux agents en activité. Les soldes qui en résultent entre les divers régimes et la caisse nationale de l'assurance maladie sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1. Lorsque la branche Maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche Maladie-maternité du régime créancier. Des décrets fixent, pour chaque régime spécial, les modalités d'application du présent article et des articles L. 134-3 et L. 134-4.	~~*aux agents en activité.*~~ ~~*Les soldes qui en résultent entre les divers régimes et la caisse nationale de l'assurance maladie sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1. Lorsque la branche Maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche Maladie-maternité du régime créancier.*~~ ~~*Des décrets fixent, pour chaque régime spécial, les modalités d'application du présent article et des articles L. 134-3 et L. 134-4.*~~
Sous-section 2 Dispositions particulières	~~**Sous-section 2 Dispositions particulières**~~
Section III Compensation entre le régime général et le régime des clercs et employés de notaire (maladie et maternité)	**Section III Relations financières entre régime au titre de la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles**
L.134-5-1 actuel	**L.134-5-1 modifié**
La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et des retraités relevant du régime des clercs et employés de notaires. La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires à laquelle les intéressés restent affiliés. Le taux des cotisations dues au régime général par le régime des clercs et employés de notaires au titre des travailleurs salariés en activité et des retraités est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ce régime continue à assumer. Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature. Les soldes qui en résultent entre ce régime et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1. Lorsque la branche Maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche Maladie-maternité du régime créancier. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret	~~*La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et des retraités relevant du régime des clercs et employés de notaires.*~~ ~~*La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires à laquelle les intéressés restent affiliés.*~~ ~~*Le taux des cotisations dues au régime général par le régime des clercs et employés de notaires au titre des travailleurs salariés en activité et des retraités est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ce régime continue à assumer. Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature.*~~ ~~*Les soldes qui en résultent entre ce régime et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1. Lorsque la branche Maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche Maladie-maternité du régime créancier.*~~ ~~*Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret*~~

Articles L. 134-7 à L. 134-11 déplacés dans cette section	
Section IV Relations financières entre le régime général et le régime des salariés agricoles	~~**Section IV Relations financières entre le régime général et le régime des salariés agricoles**~~
Sous-section 1 : Assurances sociales et prestations familiales.	~~**Sous-section 1 : Assurances sociales et prestations familiales.**~~
L. 134-6 actuel	**L. 134-6 modifié**
L'ensemble des charges et des produits de la branche du régime des salariés agricoles mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime sont retracés dans les comptes des caisses nationales du régime général, qui en assurent l'équilibre financier. Les modalités d'application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Le premier alinéa ne peut en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles.	(***article transféré à l'article L. 721-2 du code rural et de la pêche maritime***)
Sous-section 2 Accident du travail et maladie professionnelle	~~**Sous-section 2 Accident du travail et maladie professionnelle**~~
Section 4 bis : Relations financières entre le régime général et les autres régimes	~~**Section 4 bis : Relations financières entre le régime général et les autres régimes**~~
L. 134-11-1 actuel	~~**L. 134-11-1**~~
I.-Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et produits : 1° De la branche mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 ; 2° De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des charges relatives aux indemnités journalières mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 762-18-1 du même code et des frais de gestion et de contrôle médical associés à ces indemnités ainsi que des produits relatifs aux cotisations qui couvrent ces indemnités et frais. II.-Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et des produits :	~~*I.-Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et produits :*~~ ~~*1° De la branche mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 ;*~~ ~~*2° De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des charges relatives aux indemnités journalières mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 762-18-1 du même code et des frais de gestion et de contrôle médical associés à ces indemnités ainsi que des produits relatifs aux cotisations qui couvrent ces indemnités et frais.*~~ ~~*II.-Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et des produits :*~~ ~~*1° Des branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L.*~~

1° Des branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 611-2 ; 2° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1. III.-Les dispositions du I du présent article ne peuvent en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses du régime social des indépendants, mentionnées à l'article L. 611-3, de gérer l'ensemble des branches et régimes complémentaires obligatoires de ce régime. IV.-Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 2° du II du présent article. V.-Un décret fixe les modalités d'application du présent article.	~~*611-2 ;*~~ ~~*2° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1.*~~ ~~*III. Les dispositions du I du présent article ne peuvent en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses du régime social des indépendants, mentionnées à l'article L. 611-3, de gérer l'ensemble des branches et régimes complémentaires obligatoires de ce régime.*~~ ~~*IV. Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 2° du II du présent article.*~~ ~~*V. Un décret fixe les modalités d'application du présent article.*~~
Section V Compensation entre la caisse nationale des barreaux français et l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales.	**~~Section V Compensation entre la caisse nationale des barreaux français et l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales. (ex-Section V déplacé)~~**
L. 134-12 actuel	**L. 134-12 modifié**
Il est institué, dans le respect des droits acquis, une compensation entre la caisse nationale des barreaux français et l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales, mentionnée au 3° de l'article L. 621-3.	~~*Il est institué, dans le respect des droits acquis, une compensation entre la caisse nationale des barreaux français et l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales, mentionnée au 3° de l'article L. 621-3.*~~
L. 134-13 actuel	**L. 134-13**
La compensation prévue à l'article L. 134-12 prendra fin à compter de l'année au cours de laquelle chacune des deux caisses mentionnées audit article atteindra l'effectif minimum prévu à l'article L. 134-1.	~~*La compensation prévue à l'article L. 134-12 prendra fin à compter de l'année au cours de laquelle chacune des deux caisses mentionnées audit article atteindra l'effectif minimum prévu à l'article L. 134-1.*~~
Chapitre 9 : Répartition de ressources entre les régimes obligatoires d'assurance maladie (Article L. 139-1)	**Chapitre 9 : Répartition de ressources entre les régimes obligatoires d'assurance maladie (Article L139-1)**
L. 139-1 actuel	**L. 139-1 modifié**
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 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	~~*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 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.	~~*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.*~~
Livre deuxième : organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses	**Livre deuxième : organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses**
L. 221-1 actuel	**L. 221-1 modifié**
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	La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés **gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et à cet effet** a pour rôle : 1°) **De veiller à l'équilibre financier de chacune de ces deux branche. A ce titre elle établit les comptes combinés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectuer le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ;** 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

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 ;	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 oeuvre les actions conventionnelles ;	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 ;	~~*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 au dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4 ;	9°) D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues au dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4 ;
10°) 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 ;	10°) 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 ;
11°) De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique.	11°) De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique.
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.	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.

Livre II. Titre IV. Ressources	Livre II. Titre IV. Ressources
Chapitre 1er : Généralités **Section 1 : Assurances sociales** **Sous-section 1 : Assurances maladie, maternité, invalidité et décès.**	**Chapitre 1er : Généralités** **Section 1 : ~~Assurances sociales~~ Maladie, maternité, invalidité, décès** **~~Sous-section 1 : Assurances maladie, maternité, invalidité et décès.~~**
L. 241-1 actuel	**L. 241-1 modifié**
Les ressources des gestions mentionnées à l'article L. 221-1 du présent code sont constituées, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, par des cotisations proportionnelles aux rémunérations ou gains perçus par les assurés et par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1.	(*~~Les ressources des gestions mentionnées à l'article L. 221-1 du présent code sont constituées, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, par des cotisations proportionnelles aux rémunérations ou gains perçus par les assurés et par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1.~~*
L. 241-2 actuel	**L. 241-2 modifié**
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,	I. – La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1, des prestations mentionnées aux titres II, III, IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées aux II à IV, centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations. II.- Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes, 1° par les salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que leurs employeurs et assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ; 2° par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non-salariés des professions agricoles ; 3° par les personnes mentionnées aux articles L. 380-1 et L. 380-3-1 ; III. - Les ressources mentionnées au I sont constituées en outre de cotisations assises sur : 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 ;

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 7,10 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires ; 4° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 ; 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 O et 1600-0 R du code général des impôts et les droits perçus au titre des articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du même code et de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ; 8° Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts.	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. **IV. -** 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 7,10 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires ; 4° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 ; 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 O et 1600-0 R du code général des impôts et les droits perçus au titre des articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du même code et de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ; ~~*8° Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts*~~**. La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8.**

Livre III – Titre VIII

L. 380-1 actuel	**L. 380-1 modifié**
Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité. Un décret en Conseil d'Etat précise la condition de résidence mentionnée au présent article.	~~*Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.*~~ ~~*Un décret en Conseil d'Etat précise la condition de résidence mentionnée au présent article.*~~

Article L. 380-2 actuel	Article L. 380-2 modifié
Les personnes affiliées au régime général dans les conditions fixées à l'article L. 380-1 sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix. Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant des revenus, définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts, qui dépasse le plafond mentionné au premier alinéa. Servent également au calcul de l'assiette de la cotisation, lorsqu'ils ne sont pas pris en compte en application du IV de l'article 1417 du code général des impôts, l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie, notamment les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers, dont le bénéficiaire de la couverture maladie universelle a disposé, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. Ces éléments de train de vie font l'objet d'une évaluation dont les modalités sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis. La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret du Conseil d'Etat. Pour bénéficier du remboursement des prestations, l'assuré mentionné au premier alinéa doit être à jour de ses cotisations. En cas de fraude ou de fausse déclaration sur le montant des ressources, la caisse peut, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-1-14, suspendre à titre conservatoire, après mise en demeure, le versement des prestations. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret. Pour la détermination du montant de la cotisation visée au premier alinéa et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires à l'administration des impôts, aux organismes de sécurité sociale et aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les personnels des organismes sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations	**Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 sont redevables d'une cotisation annuelle lorsqu'elles remplissent les conditions suivantes :** **1° Leurs revenus tirés, au cours de l'année considérée, d'activités professionnelles exercées en France sont inférieurs à un seuil fixé par décret. En outre, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, les revenus tirés d'activités professionnelles exercées en France de l'autre membre du couple sont également inférieurs à ce seuil** **2° Elles n'ont perçu ni pension de retraite ni rente ni aucun montant d'allocation de chômage au cours de l'année considérée. Il en est de même, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, pour l'autre membre du couple.** Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant des revenus **fonciers, de capitaux mobiliers, de plus-values de cession à titre onéreux de biens ou de droits de toute nature, des bénéfices industriels et commerciaux non professionnels et bénéfices des professions non commerciales non professionnels,** définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts, qui dépasse le plafond mentionné au premier alinéa. Servent également au calcul de l'assiette de la cotisation, lorsqu'ils ne sont pas pris en compte en application du IV de l'article 1417 du code général des impôts, l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie, notamment les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers, dont le bénéficiaire de la couverture maladie universelle a disposé, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. Ces éléments de train de vie font l'objet d'une évaluation dont les modalités sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis. La cotisation est recouvrée **l'année qui suit celle sur les revenus desquels elle porte** selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret du Conseil d'Etat. ~~*Pour bénéficier du remboursement des prestations, l'assuré mentionné au premier alinéa doit être à jour de ses cotisations.*~~ ~~*En cas de fraude ou de fausse déclaration sur le montant des ressources, la caisse peut, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-1-14, suspendre à titre conservatoire, après mise en demeure, le versement des prestations. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.*~~ **Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-2 les informations nominatives déclarées pour l'établissement de l'impôt sur le revenu par les personnes remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L.380-1, conformément aux dispositions de**

	l'article L. 152 du livre des procédures fiscales.
L. 380-3-1 actuel	**L. 380-3-1 modifié**
I.-Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, mais qui, sur leur demande, sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L. 380-1.	I.-Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, mais qui, sur leur demande, sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par ~~*l'article L. 380-1*~~ **L. 160-1.**
II.-Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, jusqu'à la fin des dispositions transitoires relatives à la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne, soit douze ans à partir de l'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I.	II.-Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, jusqu'à la fin des dispositions transitoires relatives à la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne, soit douze ans à partir de l'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I.
III.-Les dispositions du I et du II sont également applicables aux titulaires de pensions ou de rentes suisses, ainsi qu'à leurs ayants droit, résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 précité, mais qui sur leur demande sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord.	III.-Les dispositions du I et du II sont également applicables aux titulaires de pensions ou de rentes suisses, ainsi qu'à leurs ayants droit, résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 précité, mais qui sur leur demande sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord.
IV.-Les travailleurs frontaliers et les titulaires de pensions et de rentes affiliés au régime général dans les conditions fixées au I ne sont pas assujettis aux contributions visées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et ne sont pas redevables des cotisations visées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 et à l'article L. 380-2.	IV.-Les travailleurs frontaliers et les titulaires de pensions et de rentes affiliés au régime général dans les conditions fixées au I ne sont pas assujettis aux contributions visées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et ne sont pas redevables des cotisations visées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 et à l'article L. 380-2
Ils sont redevables d'une cotisation fixée en pourcentage du montant de leurs revenus définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.	Ils sont redevables d'une cotisation fixée en pourcentage du montant de leurs revenus définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.
La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV	La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV

du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat	du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat
L. 381-4 actuel	**L. 381-4 modifié**
Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales les élèves et les étudiants des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles, qui, n'étant pas assurés sociaux à un titre autre que celui prévu à l'article L. 380-1 ou ayants droit d'assuré social, ne dépassent pas un âge limite. Cet âge limite peut être reculé, notamment en raison de l'appel et du maintien sous les drapeaux.	~~*Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales élèves et les étudiants des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles, qui, n'étant pas assurés sociaux à un titre autre que celui prévu à l'article L. 380-1 ou ayants droit d'assuré social, ne dépassent pas un âge limite. Cet âge limite peut être reculé, notamment en raison de l'appel et du maintien sous les drapeaux.*~~ **Les dispositions de la présente section sont applicables aux élèves et aux étudiants des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles, qui ne dépassent pas un âge limite.**
L. 381-8 actuel	**L. 381-8 modifié**
Les ressources de l'assurance sociale des étudiants sont constituées : 1°) par une cotisation forfaitaire des bénéficiaires, dont le montant est fixé par arrêté interministériel, après consultation des associations d'étudiants. L'exonération de cette cotisation, de droit pour les boursiers, pourra, dans les autres cas, être décidée à titre exceptionnel par la commission prévue à l'article L. 381-10. Une part du produit de cette cotisation est affectée, sous la forme de remise de gestion, au financement des dépenses de gestion des organismes assurant le service des prestations. Le montant de la remise de gestion accordée à ces organismes par étudiant affilié ainsi que pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 381-9 est, à l'issue d'une période transitoire ne pouvant aller au-delà du 31 décembre 1995, identique quel que soit l'organisme gestionnaire. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ; 2°) pour le surplus, par des contributions du régime général et des régimes spéciaux de sécurité sociale, du régime des assurances sociales des salariés agricoles, du régime d'assurance maladie, invalidité, maternité des exploitants agricoles et du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.	~~*Les ressources de l'assurance sociale des étudiants sont constituées :*~~ ~~*1°) par une cotisation forfaitaire des bénéficiaires, dont le montant est fixé par arrêté interministériel, après consultation des associations d'étudiants.*~~ ~~*L'exonération de cette cotisation, de droit pour les boursiers, pourra, dans les autres cas, être décidée à titre exceptionnel par la commission prévue à l'article L. 381-10.*~~ ~~*Une part du produit de cette cotisation est affectée, sous la forme de remise de gestion, au financement des dépenses de gestion des organismes assurant le service des prestations. Le montant de la remise de gestion accordée à ces organismes par étudiant affilié ainsi que pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 381-9 est, à l'issue d'une période transitoire ne pouvant aller au-delà du 31 décembre 1995, identique quel que soit l'organisme gestionnaire. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;*~~ ~~*2°) pour le surplus, par des contributions du régime général et des régimes spéciaux de sécurité sociale, du régime des assurances sociales des salariés agricoles, du régime d'assurance maladie, invalidité, maternité des exploitants agricoles et du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.*~~ **Les étudiants mentionnés à l'article L. 381-4 sont redevables au titre de chaque période annuelle dont les dates sont fixées par décret, d'une cotisation forfaitaire dont le montant est fixé par arrêté interministériel et est revalorisé annuellement dans les conditions mentionnés à l'article L. 161-25.** **Ils ne sont pas redevables de la cotisation**

	mentionnée au premier alinéa de l'article L. 380-2 **Sont exonérés de la cotisation prévue au premier alinéa du présent article les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381-4 qui satisfont l'un des critères suivants :** **1°) Être boursier ;** **2°) Être âgé de moins de 20 ans sur la totalité de la période mentionnée au 1er alinéa ;** **3°) Exercer une activité professionnelle ;**

Livre 6 Titre I Chapitre II **Section deuxième Assiette et taux des cotisations - Exonérations**	
L. 612-4 actuel	**L. 612-4 modifié**
Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8. Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. Les cotisations des retraités sont calculées en pourcentage des allocations ou pensions de retraite servies pendant l'année en cours par les régimes de base et les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont précomptées sur ces allocations ou pensions ou, à défaut, évaluées à titre provisionnel et régularisées a posteriori. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.	Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8. ~~Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.~~ Les cotisations des retraités sont calculées en pourcentage des allocations ou pensions de retraite servies pendant l'année en cours par les régimes de base et les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont précomptées sur ces allocations ou pensions ou, à défaut, évaluées à titre provisionnel et régularisées a posteriori. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.

Livre 6 Titre I Chapitre III Section première Sous-section 2 Situations particulières	
L. 613-8	**L. 613-8 modifié**
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 **justifier d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations et** 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 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 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 desdites commissions, 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 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 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 desdites commissions, dès lors qu'il s'acquitte régulièrement des cotisations dues selon l'échéancier prévu ainsi que des cotisations en cours.
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.	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.
L'assuré qui devient titulaire d'une allocation ou d'une pension de vieillesse et dont les cotisations dues au régime obligatoire d'assurance maladie au titre de la période d'activité professionnelle non salariée non agricole ont été admises en non-valeur peut faire valoir son droit aux prestations.	L'assuré qui devient titulaire d'une allocation ou d'une pension de vieillesse et dont les cotisations dues au régime obligatoire d'assurance maladie au titre de la période d'activité professionnelle non salariée non agricole ont été admises en non-valeur peut faire valoir son droit aux prestations.
L'assuré qui reprend une activité non salariée non agricole postérieurement à une liquidation judiciaire clôturée pour insuffisance d'actif et à une admission en non-valeur des cotisations dues peut faire valoir son droit aux prestations à compter du début de sa nouvelle activité, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à la condition de ne pas avoir fait l'objet d'un précédent jugement de clôture pour insuffisance d'actif. Les cotisations visées dans ce cas sont celles dues par l'assuré, au titre de la reprise d'une activité non salariée non agricole.	L'assuré qui reprend une activité non salariée non agricole postérieurement à une liquidation judiciaire clôturée pour insuffisance d'actif et à une admission en non-valeur des cotisations dues peut faire valoir son droit aux prestations à compter du début de sa nouvelle activité, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à la condition de ne pas avoir fait l'objet d'un précédent jugement de clôture pour insuffisance d'actif. Les cotisations visées dans ce cas sont celles dues par l'assuré, au titre de la reprise d'une activité non salariée non agricole.

Livre VII	
L. 713-21 actuel	**L. 713-21 modifié**
Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la caisse prévue à l'article L. 713-19 sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Le budget de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est équilibré en recettes et en dépenses. A cette fin, un arrêté fixe chaque année, au vu de l'exécution des dépenses, le montant de la contribution d'équilibre due par le régime général ou le montant des sommes dues au régime général par la caisse. Le budget de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est approuvé par l'Etat. Les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 221-1 ne sont pas applicables à la caisse. Une convention conclue entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et, d'autre part, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale détermine les conditions dans lesquelles les sommes nécessaires au paiement des prestations, à la gestion administrative, aux investissements, au contrôle médical et à l'action sanitaire et sociale sont mises à disposition de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale par le régime général ainsi que les conditions dans lesquelles les cotisations mentionnées à l'article L. 713-18 et à l'article L. 713-22 sont reversées par cet organisme au régime général. Cette convention est approuvée par l'Etat.	Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la caisse prévue à l'article L. 713-19 sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Le budget de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est équilibré en recettes et en dépenses. ~~*A cette fin, un arrêté fixe chaque année, au vu de l'exécution des dépenses, le montant de la contribution d'équilibre due par le régime général ou le montant des sommes dues au régime général par la caisse.*~~ Le budget de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est approuvé par l'Etat. Les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 221-1 ne sont pas applicables à la caisse. Une convention conclue entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et, d'autre part, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale détermine les conditions dans lesquelles les sommes nécessaires au paiement des prestations, à la gestion administrative, aux investissements, au contrôle médical et à l'action sanitaire et sociale sont mises à disposition de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale par le régime général ainsi que les conditions dans lesquelles les cotisations mentionnées à l'article L. 713-18 et à l'article L. 713-22 sont reversées par cet organisme au régime général. Cette convention est approuvée par l'Etat.
L. 715-2 actuel	**L. 715-2 modifié**
Le régime de l'assurance maladie des marins, géré par la Caisse générale de prévoyance de l'Etablissement national des invalides de la marine, bénéficie d'une contribution d'équilibre prenant en compte l'ensemble des dépenses du régime. A cette fin, un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la mer et du budget fixe, chaque année, le montant définitif de cette contribution d'équilibre due par le régime général	Le régime de l'assurance maladie des marins, géré par la Caisse générale de prévoyance de l'Etablissement national des invalides de la marine, bénéficie d'une contribution d'équilibre prenant en compte l'ensemble des dépenses du régime.~~*A cette fin, un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la mer et du budget fixe, chaque année, le montant définitif de cette contribution d'équilibre due par le régime général.*~~

Code rural et de la pêche maritime	
L. 722-5 actuel	**L. 722-5 modifié**
I.-L'importance minimale de l'exploitation ou de l'entreprise agricole requise pour que leurs dirigeants soient considérés comme chef d'exploitation ou d'entreprise agricole au titre des activités mentionnées à l'article L. 722-1 est déterminée par l'activité minimale d'assujettissement. L'activité minimale d'assujettissement est atteinte lorsqu'est remplie l'une des conditions suivantes :	I.-L'importance minimale de l'exploitation ou de l'entreprise agricole requise pour que leurs dirigeants soient considérés comme chef d'exploitation ou d'entreprise agricole au titre des activités mentionnées à l'article L. 722-1 est déterminée par l'activité minimale d'assujettissement. L'activité minimale d'assujettissement est atteinte lorsqu'est remplie l'une des conditions suivantes :
1° La superficie mise en valeur est au moins égale à la surface minimale d'assujettissement mentionnée à l'article L. 722-5-1 compte tenu, s'il y a lieu, des coefficients d'équivalence applicables aux productions agricoles spécialisées ;	1° La superficie mise en valeur est au moins égale à la surface minimale d'assujettissement mentionnée à l'article L. 722-5-1 compte tenu, s'il y a lieu, des coefficients d'équivalence applicables aux productions agricoles spécialisées ;
2° Le temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité est, dans le cas où l'activité ne peut être appréciée selon la condition mentionnée au 1°, au moins égal à 1 200 heures par an ;	2° Le temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité est, dans le cas où l'activité ne peut être appréciée selon la condition mentionnée au 1°, au moins égal à 1 200 heures par an ;
3° Le revenu professionnel de la personne est au moins égal à l'assiette forfaitaire, mentionnée à l'article L. 731-16, applicable aux cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité lorsque cette personne met en valeur une exploitation ou une entreprise agricole dont l'importance est supérieure au minimum prévu à l'article L. 731-23 et qu'elle n'a pas fait valoir ses droits à la retraite. Cette condition est réputée remplie lorsque le revenu professionnel diminue mais reste au moins supérieur à l'assiette forfaitaire précitée minorée de 20 %.	3° Le revenu professionnel de la personne est au moins égal à l'assiette forfaitaire, mentionnée à l'article L. 731-16, applicable ~~*aux cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité*~~ **à la cotisation d'assurance vieillesse prévue au 1° de l'article L.731-42** lorsque cette personne met en valeur une exploitation ou une entreprise agricole dont l'importance est supérieure au minimum prévu à l'article L. 731-23 et qu'elle n'a pas fait valoir ses droits à la retraite. Cette condition est réputée remplie lorsque le revenu professionnel diminue mais reste au moins supérieur à l'assiette forfaitaire précitée minorée de 20 %.
II.-Si la condition prévue au 1° du I n'est pas remplie, la superficie de l'exploitation ou de l'entreprise agricole est convertie en temps de travail sur la base d'une équivalence entre la surface minimale d'assujettissement et 1 200 heures de travail pour l'appréciation de la condition mentionnée au 2° du même I. Le temps de travail résultant de cette conversion s'ajoute au temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité mentionnée au même 2°.	II.-Si la condition prévue au 1° du I n'est pas remplie, la superficie de l'exploitation ou de l'entreprise agricole est convertie en temps de travail sur la base d'une équivalence entre la surface minimale d'assujettissement et 1 200 heures de travail pour l'appréciation de la condition mentionnée au 2° du même I. Le temps de travail résultant de cette conversion s'ajoute au temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité mentionnée au même 2°.
III.-En cas de coexploitation ou d'exploitation sous forme sociétaire, l'activité minimale de l'exploitation ou de l'entreprise agricole requise pour que les membres ou associés participant aux travaux soient considérés comme chef d'exploitation ou d'entreprise agricole est égale à celle fixée aux 1° ou 2° du I.	III.-En cas de coexploitation ou d'exploitation sous forme sociétaire, l'activité minimale de l'exploitation ou de l'entreprise agricole requise pour que les membres ou associés participant aux travaux soient considérés comme chef d'exploitation ou d'entreprise agricole est égale à celle fixée aux 1° ou 2° du I.
IV.-Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.	IV.-Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

L. 722-6 actuel	L. 722-6 modifié
Par dérogation aux dispositions des articles L. 722-4 et L. 722-5, les personnes qui dirigent une exploitation ou entreprise agricole ne répondant plus à la condition d'activité minimale fixée à l'article L. 722-5 peuvent rester affiliées, sur leur demande, par décision des conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole, au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles si elles satisfont à des conditions de nature et de durée d'activité fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret détermine les autres mesures d'application du présent alinéa. Par dérogation aux articles L. 722-4 et L. 722-5, les personnes qui bénéficient du dispositif d'installation progressive mentionné à l'article L. 330-2 et dont les revenus professionnels sont au moins égaux à l'assiette forfaitaire, mentionnée à l'article L. 731-16, applicable aux cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité minorée de 20 % ou dont la superficie mise en valeur est supérieure au quart de la surface minimale d'assujettissement mentionnée à l'article L. 722-5-1 sont affiliées, sur leur demande, au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles.	Par dérogation aux dispositions des articles L. 722-4 et L. 722-5, les personnes qui dirigent une exploitation ou entreprise agricole ne répondant plus à la condition d'activité minimale fixée à l'article L. 722-5 peuvent rester affiliées, sur leur demande, par décision des conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole, au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles si elles satisfont à des conditions de nature et de durée d'activité fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret détermine les autres mesures d'application du présent alinéa. Par dérogation aux articles L. 722-4 et L. 722-5, les personnes qui bénéficient du dispositif d'installation progressive mentionné à l'article L. 330-2 et dont les revenus professionnels sont au moins égaux à l'assiette forfaitaire, mentionnée à l'article L. 731-16, applicable ~~*aux cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité*~~ **à la cotisation d'assurance vieillesse prévue au 1° de l'article L.731-42** minorée de 20 % ou dont la superficie mise en valeur est supérieure au quart de la surface minimale d'assujettissement mentionnée à l'article L. 722-5-1 sont affiliées, sur leur demande, au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles.
L. 731-11 actuel	**L. 731-11 modifié**
Les cotisations relatives aux prestations familiales, à l'assurance maladie, invalidité, maternité et à l'assurance vieillesse dues par les chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 ne peuvent être inférieures à des minima définis par décret.	Les cotisations relatives aux prestations familiales, ~~à~~ l'assurance ~~*maladie,*~~ invalidité~~*, maternité*~~ et à l'assurance vieillesse dues par les chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 ne peuvent être inférieures à des minima définis par décret.
L. 731-35 actuel	**L. 731-35 modifié**
Les cotisations dues pour la couverture des risques mentionnés à l'article L. 732-3 au titre des bénéficiaires définis aux 1° et 5° de l'article L. 722-10 sont calculées en pourcentage des revenus professionnels du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de l'assiette forfaitaire, définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22. Leur taux est fixé par décret. Pour la couverture des prestations d'invalidité du collaborateur d'exploitation ou d'entreprise défini à l'article L. 321-5, prévues à l'article L. 732-8, une cotisation forfaitaire, dont les modalités sont fixées par décret, est due par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.	Les cotisations dues pour la couverture des risques mentionnés à l'article L. 732-3 au titre des bénéficiaires définis aux 1° et 5° de l'article L. 722-10 sont calculées en pourcentage des revenus professionnels du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de l'assiette forfaitaire, définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22. ~~*Leur taux est fixé par décret.*~~ **Leurs taux sont fixés par décret.** Pour la couverture des prestations d'invalidité du collaborateur d'exploitation ou d'entreprise défini à l'article L. 321-5, prévues à l'article L. 732-8, une cotisation forfaitaire, dont les modalités sont fixées par décret, est due par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

ARTICLE 21 - Sélection des contrats d'assurance maladie complémentaire pour les plus de 65 ans

I. Présentation de la mesure

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

Afin de soutenir l'accès aux soins, le Président de la République a fixé l'objectif, dans son discours au congrès de la Mutualité en octobre 2012, de « généraliser, à l'horizon 2017, l'accès à une couverture complémentaire de qualité ». Après l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, transposé dans la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, la réforme des contrats responsables et la sélection des contrats éligibles à l'ACS, ce souhait a été réaffirmé par le Président au dernier congrès de la mutualité en juin 2015, notamment vis-à-vis des personnes en âge d'être à la retraite.

En effet, la quasi totalité des personnes âgées de plus de 65 ans est couverte par des contrats individuels. Ces contrats individuels sont tarifés en fonction de l'âge. Du fait de la hausse des dépenses de santé à partir de 65 ans, le coût de la complémentaire santé augmente nettement à partir de cet âge : il peut varier de 759 € et 1 312 € selon le type d'organisme complémentaire pour les plus de 65 ans alors qu'il oscille entre 481 € et 709 € pour la population globale. La cotisation mensuelle moyenne pour un contrat individuel passe de 50 à 79€ puis à 96€ selon que la personne a 40, 60 ou 75 ans selon l'enquête de la DREES auprès des organismes complémentaires en santé.

Ces montants importants conduisent chez les personnes âgées à des taux d'effort pour l'acquisition d'une complémentaire santé qui dépassent ceux des autres classes d'âge. Ils peuvent dans un certain nombre de cas dissuader les séniors d'acquérir une couverture complémentaire santé : on estime qu'il y avait en 2012, 520 000 personnes sans couverture complémentaire santé sur les 10,9 millions de personnes âgées de plus de 65 ans.

En l'absence d'intervention, le coût de la complémentaire santé pourrait en outre être renchéri, du fait de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise : en effet, d'une part, la proportion de retraités au sein de la population assurée en contrat individuel devrait fortement croître, ce qui réduirait la mutualisation entre assurés d'âges différents ; d'autre part, dès lors que les contrats collectifs présentent un résultat technique déficitaire (de près de 2% en 2013) que les organismes complémentaires compensent en général par un résultat excédentaire des contrats individuels, l'augmentation du nombre d'assurés en contrat collectif pourrait conduire les organismes complémentaires à dégrader le rapport prestations/cotisations des contrats individuels, tout particulièrement des contrats des personnes âgées qui représenteront désormais une part prépondérante de la population assurée en contrat individuel.

En outre, la majeure partie de cette population n'est pas éligible aux différents dispositifs d'aide en matière d'accès à un contrat de complémentaire santé : couverture complémentaire santé collective au sein de l'entreprise ; dispositif dit « Loi Madelin » pour les travailleurs non salariés, contrats référencés pour les fonctionnaires ; CMU-c ou ACS.

Aussi, des mesures ciblées apparaissent nécessaires en faveur des personnes plus âgées afin de favoriser leur accès à une complémentaire santé de qualité.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de permettre aux personnes de plus de 65 ans d'accéder à des offres d'assurance complémentaire de santé qui seront sélectionnées, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence, sur des critères reposant sur la qualité des garanties et le prix proposé. La mise en concurrence doit permettre d'améliorer le rapport entre prestations et cotisations offert par ces contrats.

Il est proposé de sélectionner par une mise en concurrence des offres proposées aux personnes de plus de 65 ans. A l'instar de la réforme de l'ACS, la loi renverrait à un décret en Conseil d'Etat le soin de définir la procédure de mise en concurrence, les différents niveaux de garantie que devront proposer les candidats, le contenu des contrats ainsi que les critères de sélection des offres. Toutefois, quelques adaptations seront envisagées . En particulier, il apparaît utile, eu égard au dispositif mis en œuvre que le nombre d'offres retenues ne soit pas limité a priori : seule l'obtention d'une note minimale sera requise pour être sélectionné.

Les niveaux de garantie que devront proposer les candidats seront adaptés aux besoins de cette population ; à la différence des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS, qui ne peuvent se voir facturer de dépassements, ils pourraient intégrer une prise en charge des dépassements d'honoraires.

Ce dispositif devrait permettre, outre un accès à une complémentaire santé à un meilleur prix, une meilleure adéquation entre les besoins des assurés et les prestations complémentaires dont ils bénéficient, et une lisibilité accrue des offres présentées sur le marché pour les assurés.

Afin d'inciter les organismes complémentaires à candidater à l'appel d'offre et à proposer des prix attractifs, il est proposé d'ouvrir un crédit d'impôt qui s'impute sur la TSA collectée par les organismes complémentaires sur les contrats individuels et collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence. Le montant du crédit d'impôt serait égal à 2% du coût des garanties des personnes couvertes. Son effet serait pris en compte dans les baisses de prix proposées du fait de la procédure de mise en concurrence.

b) Autres options possibles

Option 1 : créer un dispositif similaire à l'ACS pour les personnes de plus de 65 ans dont les ressources sont inférieures à un plafond mais supérieures à celles retenues pour l'ACS, permettant ainsi de viser les personnes de plus de 65 ans ne pouvant accéder à une complémentaire santé compte tenu de leur âge. Cette solution a pour avantage de circonscrire la dépense à un public plus réduit et donc de la limiter, mais a pour inconvénient de rassembler une population à risques importants en termes de santé (personnes âgées aux revenus modestes) sans assurance que les organismes complémentaires acceptent de couvrir cette population. En outre, cette option ne tient pas compte du fait que toute la population de cette tranche d'âge est exposée par rapport aux personnes plus jeunes, au coût particulièrement élevé des assurances complémentaires.

Option 2 : ouvrir le dispositif actuel de l'ACS aux personnes de plus de 75 ans en étendant le plafond de ressources. Cette solution a pour inconvénient principal de reporter sa mise en œuvre à la prochaine mise en concurrence, soit au 1er juillet 2018.

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

Cette disposition en faveur de l'accès à la complémentaire santé a sa place en LFSS en ce qu'elle modifie le dispositif de la TSA. Le produit de la TSA est affecté au financement du fonds CMU, de la CNAMTS et de la CNAF. La mesure proposée a donc un effet sur l'assiette des cotisations et 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 CSS.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire mais devra faire l'objet d'une notification dans le cadre des dispositions du règlement CE n° 794/2004 du 21 avril 2004.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions proposées entraînent la recodification de l'article L. 864-1 du code de la sécurité sociale en article L. 865-1 au sein d'un chapitre V nouveau (recodification du chapitre IV) et la création d'un chapitre IV du titre VI du livre VIII intitulé « Dispositions relatives à la couverture complémentaire santé des personnes âgées de plus de 65 ans » et comprenant deux article (articles L. 864-1 et L. 864-2).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Etant entendu que les contrats sélectionnés auront un meilleur rapport qualité / prix que ceux actuellement souscrits, le coût d'une partie des contrats actuels sera diminué. En parallèle, la souscription de nouveaux contrats par des personnes aujourd'hui non couvertes par une complémentaire santé viendra augmenter l'assiette de la TSA. Les impacts financiers consentis sont évalués à 104 M€ en année pleine.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)			
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018
			- 45	- 104

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

Ce chiffrage repose sur l'hypothèse d'une baisse de taux de 2 points suivie d'un impact sur les prix et d'une montée en charge progressive aboutissant à un taux de recours de 20% au dispositif en 2017, puis un taux de recours de 35% au dispositif en 2018.

Le chiffrage pour l'année 2017 ne concerne que 3 trimestres de TSA (entrée en vigueur de la mesure au premier avril).

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

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 produirait un effet inverse via la limitation des prix.

b) Impacts sociaux

La mesure proposée devrait améliorer le niveau de couverture santé et le rapport qualité/prix des plus de 65 ans éligibles grâce notamment à la mise en concurrence. Cette mesure est donc de nature à améliorer l'état de santé de la population en favorisant la prise en charge et l'accès aux soins des plus âgés.

c) Impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental.

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

Cette mesure serait favorable aux femmes dans la mesure où elles représentent 58 % des plus de 65 ans et 2/3 des plus de 65 ans non couverts par une complémentaire santé.

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

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

Les organismes complémentaires devront simplement vérifier l'âge des assurés, donnée déjà nécessaire à la souscription d'un contrat.

b) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'information…)

Il conviendra, pour l'année 2017, de mettre à jour les formulaires déclaratifs de TSA ainsi que le tableau récapitulatif.

Les URSSAF et le fonds CMU devront vérifier que le crédit d'impôt / le taux réduit de TSA s'applique bien aux seuls contrats sélectionnés et aux personnes de plus de 65 ans.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat devrait décrire la procédure de mise en concurrence, préciser notamment les modalités d'instruction par la commission des dossiers de candidature qui sembleraient économiquement non viables, ainsi que le contenu de l'avis d'appel à la concurrence permettant de sélectionner les offres.

Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre de l'appel à concurrence serait le suivant :

- Publication du décret en Conseil d'Etat fixant les conditions de mise en concurrence : fin avril 2016

- Définition et publication des documents relatifs à la mise en concurrence (publication de l'avis d'appel à concurrence et du cahier des charges au JOUE) : fin juin 2016

- Délai de mise en concurrence (délai de réponse des organismes complémentaires) : 52 jours, soit fin juillet 2016

- Dépouillement et analyse des offres par une commission : fin décembre 2016

- Publication de l'arrêté mentionnant les offres retenues : début janvier 2017

- Délai minimal de 3 mois entre la publication et la mise en œuvre de la sélection pour permettre aux organismes complémentaires de se mettre en situation de proposer l'offre retenue et d'informer leurs adhérents sur la possibilité ou non de renouveler leur contrat chez eux : jusqu'à début avril 2017.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une campagne de communication informera les assurés de cette réforme et la liste des offres retenues sera disponible sur internet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le PQE maladie contient plusieurs indicateurs permettant de suivre l'impact de cette mesure :

Indicateur n°1-2 : financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages :

Sous-indicateur n°1-2-1 : Part de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les administrations publiques : cet indicateur calcule la contribution de chaque acteur – Sécurité sociale, État, Fonds CMU et collectivités locales, organismes dispensateurs de couvertures maladie complémentaires, ménages – à l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux.

Sous-indicateur n°1-2-2 : Taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé après remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires : cet indicateur est le rapport entre le reste à charge après AMO et AMC et le revenu disponible annuel des ménages auquel sont retranchées les primes versées au titre de l'AMC (hors aide à la complémentaire Santé, ACS) pour chaque décile de niveau de vie.

ARTICLE 22 - Adaptation de la généralisation de la couverture complémentaire en matière de frais de santé pour les contrats courts et les temps très partiels

I. Présentation de la mesure

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

L'article 1er de la loi du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi prévoit, conformément à l'accord national interprofessionnel (ANI) de janvier 2013, que les entreprises proposent à l'ensemble de leurs salariés, à compter du 1er janvier 2016, une couverture complémentaire en matière de frais de santé dont les garanties sont au moins égales à un « panier minimum » et dont le financement doit être pris en charge à hauteur d'au moins 50% par l'employeur. Les salariés sont couverts à titre obligatoire mais peuvent toutefois, à leur demande, être dispensés d'adhérer au régime dans certains cas limitatifs fixés par décret. Celui-ci prévoit, par renvoi à des dispositions antérieures à l'ANI de janvier 2013 applicables en matière d'exemption de l'assiette des cotisations sociales, que ces cas de dispenses doivent figurer dans l'acte juridique ayant instauré ce régime.

Cette mesure permettra la généralisation de la couverture complémentaire santé pour l'ensemble des salariés. Toutefois, la mise en œuvre de l'ANI a révélé les difficultés particulières rencontrées par certains salariés, notamment en cas de contrat à durée déterminée (CDD) très court ou pour des contrats à durée indéterminée (CDI) de faible quotité de travail. Comme le souligne le rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective remis par Dominique Libault à la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, « *une couverture effective exige une continuité et une stabilité minimale de la relation entre l'assuré et l'assureur incompatible avec un changement d'assureur à chaque contrat pour les salariés en CDD* » : imposer au salarié, à leur employeur et aux organismes complémentaires de conclure des contrats de couverture complémentaire aussi brefs que certains CDD très courts et faire changer le salarié de contrat à chaque changement d'employeur est déraisonnable, du point du salarié, de l'employeur comme des organismes complémentaires.

De même, il n'existe pas de solution complètement satisfaisante pour un salarié effectuant simultanément de faibles quotités horaires auprès de plusieurs employeurs : le salarié concerné peut être conduit à cotiser dans plusieurs entreprises, si les actes juridiques les instaurant n'ont pas prévu les facultés de dispense ; si une telle dispense est prévue, il peut certes la faire valoir, au risque de ne bénéficier d'aucune contribution de l'employeur au financement de sa complémentaire santé. Par ailleurs, ces dispositions ne permettent pas de tenir compte de la quotité travaillée ou de la durée du contrat dans la détermination de la contribution de l'employeur, ce qui pose notamment la question de la répartition du financement lorsqu'un même salarié a plusieurs employeurs.

Ces situations concernent plus spécifiquement certaines branches professionnelles qui sont tout particulièrement caractérisées par des contrats de travail de courte durée ou portant sur de faibles quotités de travail.

Il est proposé de remédier à ces difficultés afin de mettre en œuvre effectivement les principes qui ont prévalu à la l'adoption de l'article 1er de la loi relative à la sécurisation de l'emploi et en garantissant l'équité entre les salariés en CDD très courts ou à faible quotité horaire et les autres salariés.

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

a) Mesure proposée

Afin de donner sa pleine mesure aux principes et objectifs fixés par l'ANI s'agissant de la généralisation de la couverture effective de l'ensemble des salariés en matière de couverture complémentaire en santé, la mesure proposée prévoit une modalité dérogatoire adaptée de mise en œuvre de la couverture des salariés à faible quotité de travail ou embauchés en contrat de courte durée.

Ces salariés peuvent d'ores et déjà être dispensés dans certains cas de s'affilier au régime collectif et obligatoire. Toutefois, ils ne bénéficient pas, dans ce cas de figure, d'une contribution de l'employeur. En outre, les conditions de dispense peuvent être complexes et subordonnées à leur inscription dans l'acte juridique instituant les garanties.

La mesure propose donc que les salariés faisant ce choix puissent, s'ils souscrivent par ailleurs une assurance individuelle qui respecte le cahier des charges des contrats responsables, obtenir de la part de leur employeur un versement en rapport avec ce que ce dernier aurait consacré à la couverture de son salarié s'il avait adhéré à la couverture de l'entreprise. Un barème sera établi par décret pour définir cette aide en fonction du coût des garanties accordées aux salariés choisissant la couverture de l'entreprise, de la durée du contrat ou de la quotité de travail, et pourra intégrer une majoration tenant compte du coût de la portabilité du contrat et du coût des contrats individuels. Le régime social applicable à ce versement de l'employeur sera identique à celui aujourd'hui réservé aux seuls contrats collectifs et obligatoires. Le versement ne sera pas cumulable avec d'autres dispositifs dans lesquels le salarié bénéficie

déjà d'un financement public (CMU complémentaire ou aide à la couverture santé) ou de la couverture mise en place par un autre employeur, y compris en tant qu'ayant droit.

En outre, dans le cadre d'accords collectifs de branche ou d'entreprise, les partenaires sociaux pourront prévoir que le dispositif décrit ci-dessus constitue la modalité unique de mise en œuvre de la couverture complémentaire en santé des salariés pour lesquels la très faible durée de certains contrats ou leur très faible quotité de travail hebdomadaire rendent en pratique l'application du dispositif de droit commun très difficile et conduisent de ce fait à ce que les salariés choisiraient pour la plupart de s'en dispenser. Les seuils concernés seront fixés par ces accords dans la limite de valeurs fixées par décret, qui pourraient être de 3 mois de durée de contrat ou de 15h de travail hebdomadaire.

Corrélativement à la mise en place de ce dispositif d'ensemble, il est proposé de ne plus faire dépendre la possibilité de dispense ouverte aux salariés à temps partiel ou en CDD courts au fait que l'accord qui institue le régime le prévoit ; les seuils pour qualifier ces situations seront aménagés. Ils pourraient par exemple être fixés à 6 mois et, en cohérence avec les dispositions issues de l'article 12 de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, à 24 heures par semaine.

Les dispenses que peuvent obtenir d'autres salariés, comme les bénéficiaires de la CMUC ou de l'ACS notamment, ou encore ceux qui sont couverts par le contrat de leur conjoint seront également simplifiées : elles deviendront d'ordre public.

b) Autres options possibles

Une autre option aurait consisté en l'instauration d'une possibilité de mise en place des clauses dites « d'ancienneté ». Ces clauses, fréquemment utilisées aujourd'hui dans les régimes de protection sociale complémentaire de branche et d'entreprise, consistent à fixer une ancienneté en deçà de laquelle le salarié ne relève pas du régime collectif et ne bénéficie donc pas de la participation de l'employeur au financement de sa complémentaire santé. En pratique, cette option revenait en particulier à exclure les CDD dont la durée était inférieure au seuil ainsi fixé. Ce seuil peut aujourd'hui atteindre six mois, durée d'ancienneté maximum admise pour ne pas voir remettre en cause le caractère collectif et obligatoire du régime lui ouvrant droit à un régime social favorable.

Cependant, une telle évolution n'aurait pas réglé la situation des salariés à temps très partiel et conduirait à exclure du périmètre de la généralisation de la couverture complémentaire santé en entreprise des salariés parmi les plus précaires, ce qui n'est pas souhaitable, alors que ce sont précisément les salariés pour lesquels la généralisation de la couverture en entreprise peut représenter un apport décisif en termes d'accès aux soins.

Une autre alternative aurait consisté à se borner à instaurer des cas de dispense d'ordre public à l'initiative des salariés, ce qui aurait notamment permis d'éviter des cas de double cotisation aux salariés ayant plusieurs employeurs. Une telle construction aurait prémuni les salariés concernés contre le risque de cotisations multiples mais n'aurait pas permis d'assurer un plus juste partage du financement entre tous les employeurs, en cas d'employeurs multiples, ni de garantir aux salariés à faible rémunération n'ayant qu'un seul employeur ou aux salariés en contrats courts de bénéficier d'une participation employeur.

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

Le projet définit le régime social applicable à la contribution de l'employeur au financement de la couverture complémentaire en matière de frais de santé de certaines populations de salarié. Compte tenu de cette modification de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et du caractère indissociable du dispositif proposé, ces dispositions relèvent du champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions proposées entraînent la modification des articles L. 136-2, L. 242-1 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale ainsi que la création de l'article L. 911-7-1 de ce même code.

Enfin, la mesure procède à une clarification des dispositions du L. 911-7 afin de bien isoler les dispositions qui s'appliquent uniquement aux contrats minimaux devant être mis en place par les entreprises en absence d'accords collectifs en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Ces dispositions sont globalement neutres pour les comptes des administrations de sécurité sociale. En effet, les contributions acquittées par les employeurs ne seront pas significativement différentes de ce qu'elles auraient été en l'absence de disposition et le régime social dont relèvent ces sommes est celui applicable au financement des garanties collectives et obligatoires qui aurait trouvé à s'appliquer en l'absence de mesure.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)			
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018
		-	-	-

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

a) Impacts économiques

En facilitant la généralisation de la couverture complémentaire en entreprise tout en permettant un mode de gestion simplifié pour des populations spécifiques de salariés, ces dispositions permettent l'amélioration de la protection sociale des salariés et une simplification pour les entreprises.

b) Impacts sociaux

La mesure proposée permettra aux salariés concernés de bénéficier d'une contribution de leur(s) employeur(s) au financement de leur couverture complémentaire en matière de frais de santé.

c) Impacts sur l'environnement

Néant.

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

Ces dispositions permettront notamment d'améliorer l'accès à la couverture complémentaire santé des femmes, plus fréquemment concernées par les faibles quotités de travail que les hommes.

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

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

La mesure vise à simplifier l'accès à la couverture complémentaire santé. Les salariés qui mobiliseront le versement direct de leur employeur pour le financement de leur couverture en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident devront simplement transmettre une copie du contrat qu'ils ont souscrit par ailleurs et dont ils relèvent au cours de la période considérée. Ainsi, si le renouvellement du contrat intervient au cours d'une période d'emploi, ils devront également produire une copie de ce contrat renouvelé pour obtenir le versement sur la deuxième partie de ladite période.

Les employeurs devront conserver ces documents dans l'éventualité d'un contrôle.

b) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'information…)

Les Urssaf devront contrôler, comme c'est le cas aujourd'hui, le respect des cas de dispense.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Deux décrets d'application devront être pris en application du nouvel article L. 911-7-1, pour une échéance au 1er janvier 2016. Des concertations seront menées avec les partenaires sociaux ainsi qu'avec les fédérations représentatives des organismes intervenant en matière de couverture complémentaire santé.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les cotisants seront informés par le biais des URSSAF.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre des dispositions instaurées par le présent article pourra être intégrée dans le dispositif d'observation de la couverture complémentaire santé, qui sera mis en œuvre conformément aux recommandations formulées par le rapport remis par Dominique Libault.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 242-1 du code de la sécurité sociale	Article L. 242-1 du code de la sécurité sociale
Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.	Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.
(…)	(…)
Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX du présent code ou le livre II du code de la mutualité, par des entreprises régies par le code des assurances ainsi que par les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances et proposant des contrats mentionnés à l'article L. 143-1 dudit code, à la section 9 du chapitre II du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou au chapitre II bis du titre II du livre II du code de la mutualité lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat :	Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX du présent code ou le livre II du code de la mutualité, par des entreprises régies par le code des assurances ainsi que par les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances et proposant des contrats mentionnés à l'article L. 143-1 dudit code, à la section 9 du chapitre II du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou au chapitre II bis du titre II du livre II du code de la mutualité lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat :
1° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement d'opérations de retraite déterminées par décret ; l'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 443-8 du code du travail est pris en compte pour l'application de ces limites ;	1° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement d'opérations de retraite déterminées par décret ; l'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 443-8 du code du travail est pris en compte pour l'application de ces limites ;
2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.	2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ~~*ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article*~~ **soient conformes aux dispositions de l'article L. 871-1. Les dispositions des sixième et**

	présent alinéas sont applicables aux versements de l'employeur mentionnés à l'article L. 911-7-1.
Article L. 911-7 actuel	**Article L. 911-7 modifié**
I. — Les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident déterminée selon l'une des modalités mentionnées à l'article L. 911-1 dont chacune des catégories de garanties et la part du financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que celles mentionnées au II du présent article sont tenues de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale par décision unilatérale de l'employeur, dans le respect de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Les salariés concernés sont informés de cette décision.	I. — Les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident déterminée selon l'une des modalités mentionnées à l'article L. 911-1 dont chacune des catégories de garanties et la part du financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que celles mentionnées au II du présent article sont tenues de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale par décision unilatérale de l'employeur, dans le respect de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Les salariés concernés sont informés de cette décision.
II. — La couverture minimale mentionnée au I comprend la prise en charge totale ou partielle des dépenses suivantes :	II. — La couverture minimale mentionnée au I comprend la prise en charge totale ou partielle des dépenses suivantes :
1° La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de sécurité sociale, prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;	1° La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de sécurité sociale, prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;
2° Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;	2° Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;
3° 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.	3° 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.
Un décret détermine le niveau de prise en charge de ces dépenses ainsi que la liste des dispositifs médicaux mentionnés au 3° entrant dans le champ de cette couverture. Il fixe les catégories de salariés pouvant être dispensés, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. Il précise les adaptations dont fait l'objet la couverture des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1, en raison de la couverture garantie par ce régime.	Un décret détermine le niveau de prise en charge de ces dépenses ainsi que la liste des dispositifs médicaux mentionnés au 3° entrant dans le champ de cette couverture. ~~*Il fixe les catégories de salariés pouvant être dispensés, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. Il précise les adaptations dont fait l'objet la couverture des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1, en raison de la couverture garantie par ce régime.*~~
Les contrats conclus en vue d'assurer cette couverture minimale sont conformes aux conditions prévues à l'article L. 871-1 et au II de l'article L. 862-4.	**III. -** Les contrats conclus en vue d'assurer ~~*cette couverture minimale*~~ **la couverture des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident** sont conformes aux conditions prévues à l'article L. 871-1 et au II de l'article L. 862-4.
L'employeur assure au minimum la moitié du financement de cette couverture. Cependant, les modalités spécifiques de ce financement en cas d'employeurs multiples et pour les salariés à temps très partiel sont déterminées par décret.	L'employeur assure au minimum la moitié du financement de cette couverture. ~~*Cependant, les modalités spécifiques de ce financement en cas d'employeurs multiples et pour les salariés à temps très partiel sont déterminées par décret.*~~
	Les salariés peuvent se dispenser, à leur initiative, de cette couverture s'ils remplissent les conditions mentionnées au II de l'article L. 911-7-1.
	Un décret fixe, en outre, les catégories de salariés pouvant être dispensés, à leur initiative, de

	l'obligation de couverture, eu égard au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. **IV. Un décret précise les adaptations dont fait l'objet la couverture des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1, en raison de la couverture garantie par ce régime.**

ARTICLE 23 - Prorogation d'un an de la contribution des organismes assurant la couverture complémentaire en santé prévue à l'avenant n° 8 de la convention médicale

I. Présentation de la mesure

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

L'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a instauré à compter de 2013 une contribution des organismes complémentaires visant à mettre en œuvre l'engagement pris par ces organismes à 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 (dite convention médicale) 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* ».

Toutefois, la loi n'a prévu l'application de cette contribution qu'au titre des années 2013 à 2015, alors que l'engagement de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) est valable tant que la convention s'applique, c'est-à-dire, sauf reconduction, jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention début 2017. Il est en conséquence nécessaire de modifier la loi pour assurer la prorogation de la participation financière des organismes complémentaires conformément à leur engagement.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise à proroger d'un an le prélèvement actuellement en vigueur.

Ce prélèvement prend la forme d'une participation due par chaque organisme complémentaire en activité au 31 décembre de l'année civile en cours (année N). Celle-ci est égale au produit d'un forfait annuel et du 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 lui-même égal au rapport entre le montant de 150 millions d'euros (correspondant à l'engagement financier annuel des organismes complémentaires prévu à l'avenant 8) et le nombre d'assurés et ayants droit 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.

La participation est recouvrée par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) d'Ile-de-France et son produit est affecté à la branche maladie du régime général. Le recouvrement de la participation est annuel.

b) Autres options possibles

Une alternative à cette contribution serait un paiement direct du forfait « médecin traitant » par les organismes complémentaires du patient (dans la limite globale de 150 M€), mais un tel circuit n'est pas envisageable tant que la montée en charge du tiers payant généralisé, qui doit intervenir progressivement en 2016, n'est pas achevée.

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

En tant qu'elle proroge d'une année une contribution affectée à la branche maladie du régime général, la mesure est au nombre des dispositions qui trouvent leur place en LFSS en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, 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 2016.

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.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure consistant en la prorogation temporaire d'une mesure transitoire dans l'attente de la prochaine négociation conventionnelle, 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	*Oui*
Mayotte	*Oui*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*oui*
Saint Pierre et Miquelon	*Non*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*non*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Selon les chiffrages initiaux réalisés dans le cadre de la LFSS pour 2014, l'effectif total de personnes prises en compte dans le calcul de la contribution était estimé selon les exercices entre 28,5 et 31,4 millions.

Le forfait a été fixé pour l'exercice 2014 à 5 €, conduisant à un rendement total de la contribution comptabilisé en produits de la CNAMTS de 149 M€.

Le montant du forfait applicable à l'exercice 2015 sera fixé avant la fin de l'année en fonction des données issues des organismes complémentaires concernant les consultations et visites dont ont bénéficié leurs assurés au cours de l'année 2014. Il en sera de même pour l'année 2016 : le montant du forfait applicable sera déterminé avant la fin de l'année 2016 sur la base des données de consommation de l'année 2015.

L'estimation du rendement de la contribution pour 2016 demeure fixée à 150 M€.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** *Coût ou moindre recette (signe -)* *Economie ou recette supplémentaire (signe +)*				
	2015 (rectificatif)	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*
CNAMTS	0	+150	0	0	0

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

a) impacts économiques

La mesure proroge une contribution à la charge des organismes complémentaires. Mais le principe de la participation de ces organismes à hauteur de 150 millions d'euros pendant la durée d'application de la convention médicale était défini depuis 2012 par l'avenant 8 précité.

b) Impacts sociaux

Cette mesure permettra aux organismes complémentaires de santé de continuer à 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, la contribution est due au titre de tous les assurés.

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

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

La mesure était et reste 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 (impacts sur les métiers, les systèmes d'information…)

Le recouvrement de cette participation reste confié à l'URSSAF d'Ile-de-France, qui est l'organisme compétent pour le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), dite « contribution CMU ».

Les systèmes d'information ont d'ores et déjà été modifiés pour permettre la mise en œuvre de cette mesure.

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

Aucun.

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

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

La mise en œuvre de la mesure nécessite la modification d'un décret en Conseil d'État, la publication d'un arrêté ainsi que la mise à jour d'une circulaire.

Le décret n° 2014-769 du 4 juillet 2014 relatif au recouvrement de la participation des organismes de protection sociale complémentaire à la prise en charge des modes de rémunération des médecins mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale définit les modalités d'échange d'informations entre les organismes complémentaires, les caisses et l'URSSAF d'île-de-France. Il devra être modifié afin de permettre son applicablilité au titre de 2016.

Un arrêté fixera le montant du forfait au titre de l'année 2016.

Enfin, la circulaire N° DSS/SD1B/SD2A/SD4C/SD5D/2014/15 du 21 janvier 2014 relative à la participation des organismes assurant la couverture complémentaire en santé à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale devra être actualisée au titre de 2016.

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

Cette mesure ne nécessite pas de mesures transitoires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

A la suite de la création du dispositif par la LFSS pour 2014, les assurés et les médecins ont été informés de la démarche entreprise par les organismes complémentaires *via* différents canaux, à la fois par les assurances maladie obligatoires et complémentaires.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi du versement de la contribution de chaque organisme complémentaire pour l'année 2016 sera assuré comme les exercices précédents par l'URSSAF d'Ile de France et l'assurance maladie obligatoire.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 4 actuel de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014	Article 4 modifié de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014
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 due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code. 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 d'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 l'organisme 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	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 due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code. 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 d'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 l'organisme 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 d'ayants droit remplissant les conditions définies au troisième alinéa du présent A, sans pouvoir excéder 5 €. Le résultat obtenu est arrondi au centime d'euro le plus proche.	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 d'ayants droit remplissant les conditions définies au troisième alinéa du présent A, sans pouvoir excéder 5 €. Le résultat obtenu est arrondi au centime d'euro le plus proche.
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 même troisième alinéa, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. B. — Par dérogation au 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 €.	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 même troisième alinéa, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. B. — Par dérogation au 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 même taxe, sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'État. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues pour ladite taxe.	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 même taxe, sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'État. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues pour ladite taxe.
III. — La participation mentionnée au I est due pour chacune des années 2013 à 2015.	III. — La participation mentionnée au I est due pour chacune des années 2013 à ~~*2015*~~ **2016**.

ARTICLE 24 - Fixation du taux L (clause de sauvegarde) et du montant W (contribution due au titre de l'hépatite C) pour 2016

I. Présentation de la mesure

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

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 a réformé la contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables (article L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale), dite « clause de sauvegarde », et a instauré une contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments dédiés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (article L. 138-19-1 et suivants du code de la sécurité sociale), dite « contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C », en cas de dépassement d'un montant de référence (W) et d'un taux de croissance supérieur à 10% du chiffre d'affaires de ces produits. Cette dernière a été créée de manière provisoire pour 3 ans (2014 à 2016) et un rapport devra être remis au Parlement lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Au titre de la fixation du taux L pour l'année 2016

Les entreprises sont exonérées de la clause de sauvegarde quand elles signent une convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), si cette convention respecte certaines conditions. Les entreprises consentent alors à accepter certaines baisses de prix et payer des remises quantitatives. Ces dernières doivent garantir un rendement à hauteur d'au moins 80% de ce qui aurait été dû en vertu de l'application stricte de la clause de sauvegarde.

L'assiette de la contribution consiste en la part du chiffre d'affaires, net de remises, des médicaments remboursables de l'ensemble des entreprises du secteur, qui dépasse un certain seuil déterminé en appliquant le taux de croissance cible, taux L, au chiffre d'affaires de l'année précédente, net des remises (y compris celle due au titre de L en année N-1). Sont exonérés les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 30M€ et les médicaments génériques.

La contribution concerne le chiffre d'affaires des médicaments remboursés en ville ou rétrocédables par les établissements hospitaliers, les produits utilisés à l'hôpital et remboursés en sus des prestations d'hospitalisation (liste en sus) ainsi que les médicaments pris en charge de manière dérogatoire au titre de leur autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou pendant la période qui couvre de la fin de l'ATU à la décision de remboursement (période dite « post-ATU »).

Le taux L est déterminé annuellement en LFSS et a été fixé à -1% au titre de 2015 afin de garantir l'atteinte de l'objectif de stabilité des dépenses de médicaments remboursés.

Au titre de la fixation du montant de l'enveloppe dédiée au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C pour 2016

L'émergence rapide, en 2014, de nouveaux traitements innovants de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C a conduit le Parlement à adopter, dans la partie rectificative de la LFSS pour 2015, un mécanisme provisoire (2014 à 2016) de contribution spécifique pour les médicaments de l'hépatite C, afin de rendre la progression des dépenses de médicament relatives à ces traitements compatible avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce mécanisme est déclenché par la survenance de deux conditions cumulatives :

- les chiffres d'affaires issus de l'exploitation des médicaments destinés au traitement de la pathologie, dont la liste est définie par la Haute Autorité de Santé, en année N, sont supérieurs à un montant plafond appelé W, défini dans la LFSS pour l'année considérée ;

- le taux de croissance de ces mêmes chiffres d'affaires est supérieur à 10%.

Les chiffres d'affaires considérés sont nets des remises (y compris celle due au titre de W en année N-1).

Compte tenu de la progressive montée en charge des nouveaux traitements de l'hépatite C, le montant W a été fixé à 450M€ au titre de 2014 et à 700M€ en 2015. Le montant au titre de 2016 doit être fixé en LFSS pour 2016.

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

a) Mesure proposée

Au titre de la fixation du taux L pour l'année 2016

Pour mémoire, le Gouvernement a fixé un objectif de stabilité de la dépense remboursée de médicaments sur la période 2015-2017. Compte tenu de l'augmentation tendancielle de la part des prise en charge en « affection de longue durée » ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur, la dépense remboursée progresse environ 1 point plus vite que

le chiffre d'affaires des laboratoires. L'objectif gouvernemental s'est donc logiquement traduit par la fixation du taux L à -1% au titre de 2015.

La mesure proposée consiste à fixer, cette année encore, le taux L à -1% pour l'année 2016. Elle sécurise l'atteinte des objectifs exigeants du Gouvernement pour 2016 en matière de maîtrise des dépenses de médicaments remboursables.

Au titre de la fixation du montant de l'enveloppe dédiée au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C pour 2016

L'objet de la présente mesure est de fixer le montant W (seuil de déclenchement de la contribution due au titre de l'hépatite C) à 700 M€ pour 2016, c'est-à-dire au même niveau qu'en 2015.

Pour mémoire, l'augmentation du montant W entre 2014 et 2015 s'expliquait par l'obtention d'autorisations de mise sur le marché (AMM) puis du remboursement d'une grande partie des produits au cours de l'année 2014 et au début de l'année 2015 et correspondait donc à une montée en charge progressive des traitements initialement disponibles de manière dérogatoire en ATU puis « post-ATU ». Compte tenu de l'évolution des prix fixés par le CEPS pour les médicaments concernés, des conditions de prise en charge et de la capacité du système de soins (nombre de consultations disponibles), il est attendu une relative stabilisation du chiffre d'affaires (net de remises) réalisé par l'industrie pharmaceutique pour les médicaments dédiés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, ce qui justifie de fixer le montant W pour 2016 au même niveau qu'en 2015. Si une telle stabilisation du chiffre d'affaires se réalisait, le mécanisme W ne devrait pas se déclencher en 2016 puisque le critère de déclenchement relatif au taux de croissance (>10%) ne sera pas atteint. Comme pour L, W est ainsi fixé à un niveau tel que le mécanisme ne doit pas avoir à se déclencher en 2016 et joue ainsi un rôle de sécurité au regard d'un investissement public particulièrement important.

b) Autres options possibles

Les niveaux proposés pour fixer les valeurs du taux L et l'enveloppe W pour l'exercice 2016 sont cohérents avec les objectifs du Gouvernement en matière de régulation des dépenses de médicaments et n'ont pas vocation à se déclencher. Fixer des niveaux plus bas conduirait à taxer les industries pharmaceutiques au-delà du nécessaire et quand bien même les objectifs d'économies seraient pleinement atteints. Fixer des niveaux plus élevés ne permettrait à l'inverse pas à ces dispositifs de jouer pleinement leur rôle de régulation macro-économique au cas où les dépenses seraient plus dynamiques que prévues.

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

Le produit de ces contributions sur les médicaments est affecté au financement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). De même, les remises conventionnelles viennent impacter les recettes de l'assurance maladie.

Les mesures ont donc un effet sur les recettes du régime concerné et sont relatives, en tout ou partie, à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des contributions affectées à ce régime obligatoire de base.

Elles relèvent ainsi du 1° et du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale et prennent place dans la 3e partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Les fixations du taux L et du montant W ne sont pas codifiées comme concernant la seule année 2016.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune disposition n'est abrogée.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Au titre de la fixation du taux L pour l'année 2016

La mesure est de nature incitative et ne représentera une ressource pour l'assurance maladie que si les mesures d'économies mises en œuvre (baisses de prix, maîtrise médicalisée, lutte contre la iatrogénie) et la régulation du coût des traitements de l'hépatite C par le mécanisme W, le cas échéant, ne permettent pas d'atteindre l'objectif posé par la clause de sauvegarde. Son rendement théorique est donc nul.

Au titre de la fixation du montant de l'enveloppe dédiée au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C pour 2016

Le montant du chiffre d'affaires des médicaments destinés au traitement de l'hépatite C n'est pas encore connu mais dépendra du nombre de patients traités et des prises de part de marché entre les différents produits disponibles. D'après les hypothèses actuelles, il est vraisemblable que le chiffre d'affaires 2016 n'ait pas un taux de croissance supérieur à 10 % par rapport à 2015 et qu'il n'y ait donc pas de déclenchement de cette contribution en 2016. Toutefois, cette dernière joue un rôle de sécurité au cas où les dépenses liées à l'hépatite C augmenteraient beaucoup plus fortement que prévu.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
CNAMTS	0	0	0	0	0

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

a) impacts économiques

Ces mesures n'auront un impact économique sur les laboratoires pharmaceutiques que si les objectifs d'économies sur le médicament ne sont pas atteints ou si les dépenses liées à l'hépatite C augmentent plus fortement que prévu.

b) Impacts sociaux

Les mesures proposées n'ont aucun impact direct sur les assurés puisqu'elles visent uniquement la participation des entreprises aux actions engagées par les autorités publiques pour respecter l'ONDAM.

c) Impacts sur l'environnement

Ces mesures sont sans impact environnemental.

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

Les mesures proposées n'ont pas d'impact sur les assurés et donc sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

Ces mesures n'ont pas d'impact sur les assurés et impactent les seuls laboratoires pharmaceutiques.

b) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'information…)

Ces mesures n'ont pas d'impact sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale.

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

Ces mesures n'entraînent aucune charge supplémentaire et n'ont donc pas d'impact sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

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

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

Aucun texte n'est à prévoir.

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

Les mesures ne nécessitent pas de mise en œuvre particulière nouvelle par les caisses de sécurité sociale. Elles ne concernent par ailleurs pas les assurés.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information n'est nécessaire.

d) Suivi de la mise en œuvre

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

ARTICLE 31 – Généralisation d'une garantie contre les impayés de pensions alimentaires (GIPA)

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

Le dispositif de garantie contre les impayés de pension alimentaire est en place depuis le 1er octobre 2014 dans 20 départements (arrêté du 21 octobre 2014 fixant la liste des départements, publié le 23 octobre 2014).

La voie de l'expérimentation avait été choisie afin de permettre d'évaluer l'efficacité de ces mesures dans la lutte contre la précarité des familles monoparentales.

L'article 27 de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes prévoit qu'un rapport doit être présenté au Parlement au plus tard neuf mois avant le terme de l'expérimentation de dix-huit mois.

Les premiers éléments de bilan révèlent des résultats probants puisque 2 800 familles bénéficient déjà de la nouvelle ASF différentielle. En outre, la procédure aménagée de paiement direct, plus efficiente, est source de simplification pour les organismes gestionnaires. Elle devrait permettre d'améliorer le taux de recouvrement des pensions alimentaires.

En outre, le maintien de deux réglementations différentes relatives à l'allocation de soutien familial et aux moyens de recouvrement des caisses selon que le département participe ou non à l'expérimentation est un élément de complexité majeure pour les CAF. La généralisation du dispositif constitue ainsi une mesure de simplification et permettra de renforcer le mouvement de mutualisation de l'activité de recouvrement des pensions engagé par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF).

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

a) Mesure proposée

La mesure, en généralisant le dispositif GIPA, suppose de compléter le régime juridique de l'allocation de soutien familial et de modifier le champ des procédures de recouvrement des créances impayées.

Elle prévoit :

- la garantie d'une pension alimentaire minimale égale au montant de l'ASF ouverte à tous les créanciers d'une petite pension alimentaire,
- le renforcement des procédures de recouvrement des impayés de pension alimentaire.

L'ouverture du droit à l'allocation de soutien familial dès le premier mois d'impayés de pension alimentaire, qui relève du niveau réglementaire, fera l'objet d'un décret.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de prolonger la durée d'expérimentation d'une année supplémentaire afin d'évaluer davantage les résultats des moyens de recouvrement renforcés sur le taux de recouvrement des créances par les organismes débiteurs des prestations familiales. Mais ce délai aurait retardé l'entrée en vigueur de la mesure au bénéfice de nombreuses familles en difficulté.

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

La mesure prend place dans la loi de financement au titre de son impact sur l'équilibre financier de la branche famille du régime général, en application du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

Il n'existe pas de normes ou de jurisprudences communautaires ou européennes en cette matière et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Cette mesure modifie des dispositions du code de la sécurité sociale, du code de procédure civile d'exécution et du code du travail.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Mesure applicable*
Mayotte	*Mesure non applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Mesure applicable*
Saint Pierre et Miquelon	*Mesure non applicable - l'ASF n'existant actuellement pas sur ce territoire*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La détermination précise de l'impact financier de la généralisation du dispositif à l'ensemble du territoire est particulièrement difficile à réaliser : il dépend du recours des allocataires potentiels à la nouvelle ASF différentielle et il implique de prendre en compte les économies, difficilement quantifiables, que l'ensemble du dispositif pourrait générer grâce à :

- l'amélioration du taux de recouvrement des impayés de pensions alimentaires consécutive au renforcement des procédures de recouvrement. En effet, les montants recouvrés sont prioritairement affectés à la branche famille pour la récupération des sommes d'ASF avancées (le solde est versé au parent isolé) ;

- une éventuelle augmentation du nombre de pensions alimentaires fixées grâce au transfert d'informations par les CAF au parent isolé et qui pourrait conduire les parents isolés concernés à ne pas demander le bénéfice de l'ASF puisqu'ils seront titulaires d'une pension ;

- une sensibilisation des juges qui ont été invités par la circulaire du 29 septembre 2014 de la Garde des sceaux à ne plus renoncer à fixer des petites pensions[1].

Près de 2 800 familles monoparentales bénéficiaient de la nouvelle ASF différentielle au mois de juin 2015 dans les 20 départements concernés, pour un montant moyen d'ASF différentielle versée de 68 € par famille (NB : plusieurs enfants pouvant ouvrir droit à l'ASF différentielle au sein d'une même famille bénéficiaire).

Le coût brut de l'expérimentation (hors économie) serait donc de l'ordre de 2,3 millions d'euros en année pleine si la montée en charge s'achevait en juin (pour un coût cumulé depuis le début de l'expérimentation d'environ 870 000€ à fin juin). Or, sur les 2 800 familles bénéficiaires en juin 2015, près de 500 entrées nettes dans le dispositif ont été constatées ce même mois. Le dispositif expérimental est ainsi encore en pleine phase de montée en charge.

L'impact financier à terme de l'expérimentation (et donc de sa généralisation) dépend du nombre de familles monoparentales qui vont recourir *in fine* à la nouvelle ASF différentielle. Si l'on circonscrit la population potentiellement bénéficiaire de la prestation aux ménages de parents isolés avec enfants percevant un montant de pension alimentaire inférieur à celui de l'ASF, ce sont près de 24 000 familles qui pourraient bénéficier d'une ASF différentielle dans le cadre de l'expérimentation. Dans le cadre de la généralisation, ce serait donc environ 100 000 familles monoparentales qui pourraient en bénéficier sur tout le territoire français – ce qui conduit à estimer le coût de la généralisation à terme à 40 M€, au terme d'une montée en charge progressive.

Par ailleurs, étant donné que le montant d'ASF perçu est pris en compte dans la base ressources servant au calcul du RSA, l'ASF différentielle versée entraîne une diminution à due concurrence du montant de RSA versé. La mesure est donc sans effet sur le revenu global des ménages bénéficiaires du RSA et se traduit par une économie pour les départements. Or les familles bénéficiaires du RSA représentent près de 40% des bénéficiaires du dispositif expérimental et près de 45% des montants d'ASF différentielle versés dans ce cadre. Il en résulte que près de 45% du coût budgétaire du dispositif devrait être neutralisé en agrégeant les impacts pour toutes les administrations publiques. Compte tenu de ce transfert, le coût de la généralisation s'élèverait à environ 22 M€ à terme pour toutes les administrations publiques.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016 P ou R	2017	2018	2019
Branche Famille		- 5 (R)	- 20 (R)	- 35 (R)	- 40 (R)
Départements		+ 2 (R)	+ 9 (R)	+16 (R)	+ 18 (R)
Toutes APU		**- 3 (R)**	**- 11 (R)**	**- 19 (R)**	**- 22 (R)**

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 participe à augmenter le pouvoir d'achat des familles monoparentales confrontées à des impayés de pension alimentaire ou percevant de petits montants de pensions alimentaires.

b) impacts sociaux

La mesure constitue une mesure de soutien aux familles fragilisées par une situation de séparation et de responsabilisation des parents face à leur obligation parentale.

[1] Cette nouvelle circulaire revient sur celle du 12 avril 2010 qui recommandait de ne pas fixer de petite pension car « il pouvait être considéré comme contraire à l'intérêt de l'enfant de fixer une CEEE d'un montant inférieur à l'ASF, dès lors que cela revenait à le priver de cette prestation ». En effet, une pension alimentaire nulle ou non fixée ouvrait droit à l'ASF tandis qu'une petite pension correctement payée n'ouvrait pas droit à l'ASF. La généralisation de la GIPA mettra fin à cette incohérence. Si davantage de petites pensions sont fixées, la branche famille financera une ASF complémentaire pour atteindre 100€ et non une ASF complète de 100€.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Cette expérimentation a été mise en place, d'une part, pour lutter contre les impayés de pensions alimentaires qui grèvent le budget des familles monoparentales, les pensions alimentaires représentant en effet en moyenne 18% de leurs ressources et, d'autre part, pour lutter contre la pauvreté de ces familles (dont un tiers vit sous le seuil de pauvreté).

Soutenir les familles monoparentales contribue à la réduction des inégalités entre les femmes et les hommes dans la mesure où 85% des foyers monoparentaux sont constitués d'une femme et d'un ou plusieurs enfants[1].

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

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

Le dispositif de droit commun en termes de démarches et formalités administratives (formulaire, engagement d'une action en fixation de la pension alimentaire) est identique à celui prévu par le droit commun de l'ASF.

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

Les modalités opérationnelles ainsi que l'adaptation du système d'information ont été déjà définies pendant la période de préfiguration de l'expérimentation.

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

La mesure ne nécessite ni allocation de moyens supplémentaires, ni recrutement de personnel.

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

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

La mise en œuvre de cette mesure nécessite un décret simple précisant les conditions dans lesquelles le parent est considéré comme étant hors d'état de faire face à l'obligation d'entretien.

Par ailleurs, comme indiqué plus haut, la mesure s'accompagnera d'une modification de l'article R. 523-1 du code de la sécurité sociale, afin d'ouvrir le droit à l'ASF dès le premier mois d'impayé de pension alimentaire.

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

La mesure est applicable à compter du 1er avril 2016.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Cette mesure s'insère dans l'offre globale déployée par les CAF depuis plusieurs années pour accompagner les familles monoparentales ou en situation de séparation. Elle vise à améliorer l'accès aux droits et les moyens pour lutter contre le non-recours aux droits.

d) Suivi de la mise en œuvre

Des indicateurs spécifiques produits par la CNAF sont prévus pour évaluer le dispositif.

[1] Source : INSEE Première, N°1195

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 523-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 523-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Ouvrent droit à l'allocation de soutien familial : 1° Tout enfant orphelin de père ou de mère, ou de père et de mère ; 2° Tout enfant dont la filiation n'est pas légalement établie à l'égard de l'un ou l'autre de ses parents ou à l'égard de l'un et de l'autre ; 3° Tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, se soustraient ou se trouvent hors d'état de faire face à leurs obligations d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice. L'allocation de soutien familial est ouverte de plein droit aux bénéficiaires du revenu de solidarité active visés à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles, dont les ressources n'excèdent pas le montant forfaitaire majoré mentionné au même article, qui assument la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants remplissant l'une des conditions précédemment mentionnées.	Ouvrent droit à l'allocation de soutien familial : 1° Tout enfant orphelin de père ou de mère, ou de père et de mère ; 2° Tout enfant dont la filiation n'est pas légalement établie à l'égard de l'un ou l'autre de ses parents ou à l'égard de l'un et de l'autre ; 3° Tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, se soustraient ou se trouvent**, s'ils sont considérés, au regard de conditions fixées par décret,comme étant** hors d'état de faire face à leurs obligations d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice ; **4° Tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, s'acquittent intégralement de leur obligation d'entretien ou du versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice, lorsque le montant correspondant est inférieur à celui de l'allocation de soutien familial. Dans ce cas, une allocation de soutien familial différentielle est versée. Les modalités d'application du présent alinéa, notamment les conditions dans lesquelles, en l'absence de décision de justice préalable, le montant de l'obligation d'entretien pris en compte pour le calcul de l'allocation de soutien familial différentielle est retenu, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.** L'allocation de soutien familial est ouverte de plein droit aux bénéficiaires du revenu de solidarité active visés à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles, dont les ressources n'excèdent pas le montant forfaitaire majoré mentionné au même article, qui assument la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants remplissant l'une des conditions précédemment mentionnées.
Article L. 581-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 581-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Lorsque l'un au moins des parents se soustrait totalement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, l'allocation de soutien familial est versée à titre d'avance sur créance alimentaire. Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle. Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, jusqu'au montant de l'allocation de soutien familial. L'organisme débiteur des prestations familiales est	Lorsque l'un au moins des parents se soustrait totalement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, l'allocation de soutien familial est versée à titre d'avance sur créance alimentaire. Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle. Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, jusqu'au montant de l'allocation de soutien familial. L'organisme débiteur des prestations familiales est

subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure. Dans ce dernier cas, le surplus de l'allocation demeure acquis au créancier.	subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure. Dans ce dernier cas, le surplus de l'allocation demeure acquis au créancier. **Lorsque l'un au moins des deux parents s'acquitte intégralement du versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire dont le montant est inférieur à celui de l'allocation de soutien familial, l'allocation différentielle mentionnée au 4° de l'article L.523-1 qui lui est versée n'est pas recouvrée et demeure acquise au créancier.**
Article L. 213-4 actuel du code des procédures civiles d'exécution	**Article L. 213-4 modifié du code des procédures civiles d'exécution**
La procédure de paiement direct est applicable aux termes à échoir de la pension alimentaire. Elle l'est aussi aux termes échus pour les six derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de douze mois.	La procédure de paiement direct est applicable aux termes à échoir de la pension alimentaire. Elle l'est aussi aux termes échus pour les six derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de douze mois. **Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes échus de la pension alimentaire pour les vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de vingt-quatre mois.**
Article L. 3252-5 actuel du code du travail	**Article L. 3252-5 modifié du code du travail**
Le prélèvement direct du terme mensuel courant et des six derniers mois impayés des pensions alimentaires peut être poursuivi sur l'intégralité de la rémunération. Il est d'abord imputé sur la fraction insaisissable et, s'il y a lieu, sur la fraction saisissable. Toutefois, une somme est, dans tous les cas, laissée à la disposition du salarié dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.	Le prélèvement direct du terme mensuel courant et des six derniers mois impayés des pensions alimentaires **ou des vingt-quatre derniers mois lorsque l'organisme débiteur des prestations familiales agit pour le compte du créancier** peut être poursuivi sur l'intégralité de la rémunération. Il est d'abord imputé sur la fraction insaisissable et, s'il y a lieu, sur la fraction saisissable. Toutefois, une somme est, dans tous les cas, laissée à la disposition du salarié dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

ARTICLE 32 – Transfert aux CAF de la gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires dans les départements d'outre-mer

I. Présentation de la mesure

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

La gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires en poste en métropole a été transférée aux CAF depuis le 1er janvier 2005. Par ailleurs, cinq régimes spéciaux étaient autorisés à verser les prestations familiales à leurs personnels. Au fil des années, il a été mis fin à cette situation dérogatoire, le 1er juillet 2004 pour La Poste, le 1er janvier 2005 pour France Telecom, le 1er janvier 2013 pour les IEG (industries électriques et gazières) et le 1er janvier 2015 pour la RATP et la SNCF.

Il n'existe dès lors plus qu'une exception à la règle selon laquelle les CAF et caisses MSA assurent le service des prestations familiales pour l'ensemble des personnes qui résident en France : la gestion des prestations familiales dues aux agents des trois fonctions publiques en poste dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion (ci-après dénommés « départements d'outre-mer » ou « DOM ») continue à être assurée par l'employeur. Cette situation est source de complexité juridique et financière.

➢ Le versement des prestations familiales dans les départements d'outre-mer est régi par un corps de textes spécifiques (articles L. 212-1, L. 755-10 et L. 755-10-1 du code de la sécurité sociale). Il découle de l'articulation de ces textes :

- d'une part, que dans les DOM, l'Etat, l'établissement de santé ou la collectivité employeurs continuent de servir les prestations familiales aux fonctionnaires de l'Etat, actifs et retraités, ainsi qu'aux agents en activité des fonctions publiques hospitalière et territoriale (le service des prestations familiales aux agents retraités de ces deux fonctions publiques étant assuré par les CAF) ;
- d'autre part, que ni l'Etat, ni les fonctions publiques hospitalière et territoriale n'assurent le service de l'allocation de logement et de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), ces prestations étant d'ores et déjà versées par les CAF.

➢ De l'articulation de ces dispositions législatives résulte une situation complexe :

- au regard des agents concernés : pour bénéficier de l'ensemble des prestations auxquelles ils peuvent prétendre, les fonctionnaires en activité doivent s'adresser soit à leur employeur (exemple de l'agent percevant uniquement des allocations familiales), soit à la CAF (exemple de l'agent demandant à bénéficier de la PAJE), soit aux deux (exemple de l'agent bénéficiaire à la fois des allocations familiales et de la PAJE) ;
- au regard des employeurs : cette législation conduit l'Etat, les établissements de santé et les collectivités territoriales à assurer une mission – le versement de prestations légales – normalement dévolue aux caisses de sécurité sociale ;
- au regard du financement : dans les quatre départements concernés, l'Etat ne cotise pas au titre du risque famille. Quant aux fonctions publiques hospitalière et territoriale, le dispositif en vigueur repose sur un mécanisme de compensation dans lequel les établissements et collectivités versent à la CNAF la différence entre le montant des cotisations dues et le montant des prestations versées.

➢ Enfin, dans les départements d'outre-mer, les prestations familiales diffèrent pour partie pour les fonctionnaires par rapport aux allocataires des CAF. Cette différence tient notamment à une base de calcul moindre pour les allocations familiales à partir du deuxième enfant et pour l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

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

a) Mesure proposée

La mesure a pour objet de transférer aux CAF la gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires en poste dans les DOM.

Cette réforme poursuit un triple objectif :

● mettre fin à la complexité juridique actuelle : quelle que soit la ou les prestations demandées, les agents concernés n'auront qu'un seul interlocuteur : la caisse d'allocations familiales ;

● aligner le montant des allocations familiales dues à partir du deuxième enfant à charge et de l'AEEH sur celui applicable aux autres allocataires de ces départements ;

● consolider le financement de la branche famille, la réforme se traduisant par un alignement sur le droit commun (taux et modalités de recouvrement).

b) Autres options possibles

Sans objet.

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

La réforme prend place dans la loi de financement au titre de son impact financier sur la branche famille du régime général (tant en recettes qu'en dépenses) et de l'évolution du champ d'assujettissement à la cotisation famille, en application du 1° et du 3° du B ainsi que du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions conduisent à modifier les articles L. 212-1 et L. 755-10 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L. 755-10-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

L'article 7 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes prises pour le rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale est abrogé.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*la mesure concerne explicitement ces quatre départements.*
Mayotte	*mesure non applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*mesure directement applicable*
Saint Pierre et Miquelon	*mesure non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
Régime général Etat			+49 M€ - 51 M€	+ 49 M€ - 51M€	+ 49 M€ - 51 M€

La réforme se traduira par une recette nette suppémentaire pour la branche famille de l'ordre de 50 M€, décomposée comme suit :

- La création d'une cotisation d'allocations familiales à la charge de l'Etat, au taux de droit commun de 5,25 %, engendrera le paiement d'un montant de cotisations de 61 M€ au titre des fonctionnaires civils et de 6,6 M€ au titre des militaires.
- De ce montant doivent être déduits les prestations actuellement versées par l'Etat, soit environ 14,5 M€.
- Le coût de l'alignement des allocations familiales à partir du deuxième enfant à charge et de l'AEEH serait d'environ 1,8 M€ pour la fonction publique d'Etat (et sans doute du même ordre pour les fonctions publiques hospitalière et territoriale).
- Ces chiffres ne tiennent pas compte des économies de gestion liées à la centralisation du service des prestations.

Le transfert entre sécurité sociale et Etat qui résulte de la mesure sera neutralisé dans le cadre des dispositions globales de transfert entre les deux sous-secteurs présentées dans le cadre du projet de loi de finances pour 2016.

NB : le tableau précédent est construit en retenant l'hypothèse d'un transfert au 1er janvier 2017.

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

a) impacts économiques

Cette mesure a au global un effet financier net limité et n'a pas prioritairement vocation à avoir un impact économique.

b) impacts sociaux

La mesure permettra d'améliorer les prestations familiales versées aux fonctionnaires dans les DOM, tout en simplifiant les démarches, ces prestations étant, dans tous les cas de figure, versées par les CAF.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

La mesure est sans effet sur l'égalité entre les sexes, les prestations familiales étant versées à la personne qui assure la charge effective de l'enfant.

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

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

Pour les fonctionnaires en poste dans les DOM, la mesure est source :

- d'amélioration des droits, grâce à l'alignement du montant des allocations familiales dues à partir du deuxième enfant à charge et de l'AEEH sur celui applicable aux autres allocataires des DOM ;
- de simplification administrative dès lors que, quelle que soit la prestation familiale demandée, les allocataires n'auront plus qu'un seul interlocuteur, la CAF.

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

Nécessité d'une part, de définir des modalités opérationnelles du transfert aux CAF des agents concernés, d'autre part d'intégrer ces agents dans les systèmes d'information des CAF.

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

La mesure ne nécessite ni allocation de moyens supplémentaires, ni recrutement de personnel.

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

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

La mesure ne nécessite pas de textes d'application. En revanche, elle donnera lieu à deux dispositions de toilettage visant : d'une part, l'article D. 755-4 du code de la sécurité sociale, d'autre part, le décret n° 55-389 du 6 avril 1955 relevant le salaire moyen départemental servant de base au calcul des prestations familiales des fonctionnaires de l'Etat en service dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane française, de la Martinique et de la Réunion.

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

La mesure n'est pas d'application immédiate, mais entrera en vigueur à une date fixée par décret qui ne pourra être postérieure au 1er janvier 2017.

Si cette date était *in fine* retenue, il en résulterait qu'elle serait applicable aux prestations familiales dues au titre du mois de janvier 2017, matériellement versées le 5 février 2017.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure fera l'objet d'un groupe de travail avec l'ensemble des acteurs concernés, au cours duquel seront notamment définies les modalités d'information des intéressés.

d) Suivi de la mise en œuvre

L'avancement et la bonne mise en œuvre des opérations de transfert seront suivis par les administations de tutelle dans les mêmes conditions que lors des transferts précédents.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 212-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 212-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Le service des prestations familiales dues aux salariés de toute profession, aux employeurs et aux travailleurs indépendants des professions non agricoles ainsi qu'à la population non active incombe aux caisses d'allocations familiales. Cette dispositions est étendue, à compter du 1er octobre 2001, aux retraités de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, domiciliés dans les départements d'outre-mer. Toutefois, certains organismes ou services peuvent être autorisés, par décret, à servir ces prestations aux salariés agricoles et aux personnels de l'Etat.	Le service des prestations familiales dues aux salariés de toute profession, aux employeurs et aux travailleurs indépendants des professions non agricoles ainsi qu'à la population non active incombe aux caisses d'allocations familiales. ~~*Cette dispositions est étendue, à compter du 1er octobre 2001, aux retraités de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, domiciliés dans les départements d'outre-mer.*~~ Toutefois, certains organismes ou services peuvent être autorisés, par décret, à servir ces prestations aux salariés agricoles ~~***et aux personnels de l'Etat***~~**.**
Article L. 755-10 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 755-10 modifié du code de la sécurité sociale**
Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, la charge et le service des prestations familiales dues aux personnels de l'Etat et des collectivités locales continuent à être assumés dans les conditions en vigueur à la date du 22 août 1967. Le taux des prestations familiales pour les fonctionnaires est le même que celui en vigueur dans la métropole. Les dispositions des articles L. 513-1 et L. 521-1 sont applicables aux personnels mentionnés au présent article.	~~*Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, la charge et le service des prestations familiales dues aux personnels de l'Etat et des collectivités locales continuent à être assumés dans les conditions en vigueur à la date du 22 août 1967.*~~ Le taux des prestations familiales pour les ~~*fonctionnaires*~~ **fonctionnaires de l'Etat et des fonctions publiques hospitalière et territoriale** est le même que celui en vigueur dans la métropole. Les dispositions des articles L. 513-1 et L. 521-1 sont applicables aux personnels mentionnés au présent article.
Article L. 755-10-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 755-10-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Nonobstant les dispositions de l'article L. 755-10, l'allocation de logement familiale mentionnée à l'article L. 755-21 ainsi que la prestation d'accueil du jeune enfant visée à l'article L. 531-1 sont versées par les caisses d'allocations familiales aux personnels de l'Etat, des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière dans les conditions prévues au présent livre.	~~*Nonobstant les dispositions de l'article L. 755-10, l'allocation de logement familiale mentionnée à l'article L. 755-21 ainsi que la prestation d'accueil du jeune enfant visée à l'article L. 531-1 sont versées par les caisses d'allocations familiales aux personnels de l'Etat, des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière dans les conditions prévues au présent livre.*~~
Article 7 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes prises pour le rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale	~~***Article 7 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes prises pour le rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale***~~
II. - Les dispositions du I entrent en vigueur, pour chaque organisme ou service qui n'y est plus	III. - Les cotisations restant dues, au titre des périodes antérieures à l'entrée en vigueur des dispositions du I,

mentionné et qui était autorisé avant la publication de la présente ordonnance à servir les prestations familiales, à la date d'application d'une convention conclue entre ledit organisme ou service, la Caisse nationale des allocations familiales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale. III. - Les cotisations restant dues, au titre des périodes antérieures à l'entrée en vigueur des dispositions du I, par les organismes ou services mentionnés au II sont versées à la Caisse nationale des allocations familiales.	par les organismes ou services mentionnés au II sont versées à la Caisse nationale des allocations familiales.

Article 33 - Extension de l'ASF et du CMG à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon

I. Présentation de la mesure

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

Cette mesure s'inscrit dans la politique générale d'extension des prestations familiales à Saint-Pierre-et-Miquelon. En outre, elle permet d'honorer les engagements pris par le Président de la République lors de sa visite dans l'archipel en décembre 2014.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé d'étendre à Saint-Pierre-et-Miquelon les prestations que sont l'allocation de soutien familial (ASF) et le complément de libre choix du mode de garde (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), en vigueur en métropole et dans les départements d'outre-mer.

L'allocation de soutien familial (ASF) est versée aux personnes qui assument la charge effective et permanente d'un enfant privé de l'aide de l'un ou de ses deux parents. Par ailleurs, les caisses exercent une mission de recouvrement des pensions alimentaires impayées.

A Saint-Pierre-et-Miquelon, la mise en place de l'ASF permettra, d'une part, d'aider financièrement les foyers monoparentaux (en majorité des femmes) souvent en situation de précarité et, d'autre part, de soutenir des parents qui sont confrontés à des impayés de pension alimentaire.

A partir des données de la caisse de prévoyance sociale (CPS), le nombre de foyers monoparentaux avec un ou plusieurs enfants à charge de moins de 20 ans est estimé à 124.

Le complément de libre choix du mode de garde (CLMG) doit permettre aux parents de l'archipel de bénéficier des prestations relatives à la garde d'enfants de moins de 6 ans. Si, depuis septembre 2013, la prestation de service unique (PSU) est en place à la crèche de Saint-Pierre, sa capacité d'accueil est insuffisante pour les familles. Celles qui ont fait appel à un assistant maternel ou à une garde d'enfants à domicile, pourront désormais bénéficier du CMG. La mise en place de cette prestation devrait en outre inciter les assistants maternels à obtenir l'agrément nécessaire offrant aux familles des garanties sur la qualité de l'accueil de leurs enfants. Enfin, la création du CMG, en incitant à déclarer les salariés concernés diminuera, le cas échéant, le travail dissimulé, et permettra aux assistants maternels de se constituer des droits sociaux.

b) Autres options possibles

Sans objet.

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

Cette extension relève du champ de la loi de financement de la sécurité sociale au titre de son impact sur l'équilibre financier de la branche famille, en application du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon a, en outre, été consulté en application de l'article LO. 6413-3 du code général des collectivités territoriales.

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. En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite de modifier l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales qui précise les dispositions du livre V du code de la sécurité sociale afférentes aux prestations familiales qui y sont applicables, en les adaptant le cas échéant.

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	*Sans objet*
Mayotte	*Sans objet*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélemy	*Sans objet*
Saint Pierre et Miquelon	*Mesure applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Sans objet*

III. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût annuel estimé par la Caisse de prévoyance sociale (CPS) de Saint Pierre et Miquelon est le suivant :

- 265 000 € pour l'ASF (la CPS estime à 124 le nombre de foyers monoparentaux ayant à charge un ou plusieurs enfants âgés de moins de 20 ans) ;
- Entre 181 000 € et 480 000 € pour le CMG (entre 106 454 € et 287 050 € pour les enfants entre 0 et 3 ans et entre 74 805 € et 192 454 € pour les enfants entre 3 et 6 ans).

La mesure présente donc un coût total compris entre 446 000 € et 745 000 €.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	Impact financier en droits constatés (en M€) (en écart annuel par rapport au tendanciel) Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rect)	2016	2017	2018	2019
Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon		-0,6 M€	-0,6 M€	-0,6 M€	-0,6 M€

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

a) impacts économiques

L'extension de l'ASF permettra de soutenir les foyers monoparentaux plus exposés au risque de précarité.

En outre, l'extension du CMG permettra aux familles d'obtenir une prise en charge partielle de leurs dépenses d'accueil en cas d'emploi d'un assistant maternel ou d'une garde à domicile.

Cette mesure doit ainsi favoriser le développement du secteur de la garde individuelle d'enfants (par un assistant maternel ou une garde à domicile).

b) impacts sociaux

La mesure permet d'augmenter le pouvoir d'achat de certaines familles monoparentales jusqu'ici exclues du bénéfice de l'allocation de soutien familial et, par le CMG, de mieux solvabiliser les familles pour faire face aux frais de garde de leurs enfants.

De plus, dans le cas du CMG « emploi direct », les parents seront davantage incités à déclarer leur salarié ce qui permettra à ces derniers de bénéficier notamment de droits à la retraite.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

L'extension du CMG doit, en solvabilisant les familles dans leurs frais de garde de leurs enfants, favoriser l'emploi des deux parents et par ailleurs encourager le développement de la profession d'assistant maternel.

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

a) impacts sur les bénéficiaires de prestations

La mise en place de l'ASF permettra, d'une part, d'aider les foyers monoparentaux souvent en situation de précarité et, d'autre part, de soutenir des parents qui sont confrontés à des impayés de pension alimentaire.

La mise en place du complément de libre choix du mode de garde (CMG) doit permettre aux parents de l'archipel de bénéficier des prestations relatives à la garde d'enfants de moins de 6 ans.

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

La CPS sera chargée de gérer deux nouvelles prestations et devra assurer une mission de recouvrement des pensions alimentaires impayées (formation des personnels et adaptation du système d'information nécessaires).

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

Néant.

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

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

La mesure nécessitera de modifier le décret en Conseil d'Etat n° 2008-1024 du 7 octobre 2008 étendant et adaptant à Saint-Pierre-et-Miquelon le régime des prestations familiales et le décret n° 2008-1025 du 7 octobre 2008 étendant et adaptant à Saint-Pierre-et-Miquelon le régime des prestations familiales. Ces deux textes seront pris au premier trimestre 2016.

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

La mesure n'appelle pas de disposition transitoire et sera mise en œuvre par la CPS dès la publication des textes correspondants.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mise en place des deux prestations nécessitera l'information des familles concernées de l'archipel.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mesure pourra s'effectuer dans le cadre de droit commun du suivi des dépenses des organismes.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 11 actuel de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	**Article 11 modifié de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales**
Le régime de prestations familiales est fixé par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :	Le régime de prestations familiales est fixé par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :
1° Article L. 511-1, à l'exception du 4°, du 6°, du 8° et du 9° ;	1° Article L. 511-1, à l'exception du 4°, ~~du 6°,~~ du 8° et du 9° ;
2° Articles L. 512-1 à L. 512-5 sous réserve des adaptations suivantes :	2° Articles L. 512-1 à L. 512-5 sous réserve des adaptations suivantes :
a) A l'article L. 512-1, les mots : "de l'allocation de logement sociale ou de l'aide personnalisée au logement" sont supprimés ;	a) A l'article L. 512-1, les mots : "de l'allocation de logement sociale ou de l'aide personnalisée au logement" sont supprimés ;
b) Le quatrième alinéa de l'article L. 512-3 est ainsi rédigé :	b) Le quatrième alinéa de l'article L. 512-3 est ainsi rédigé :
Toutefois, pour l'attribution du complément familial mentionné au 3° de l'article L. 511-1, l'âge limite peut être différent de celui mentionné au 2° du présent article ;	Toutefois, pour l'attribution du complément familial mentionné au 3° de l'article L. 511-1, l'âge limite peut être différent de celui mentionné au 2° du présent article ;
c) Au 1° de l'article L. 512-4, les mots : "par le service d'aide sociale à l'enfance ou" sont supprimés ;	c) Au 1° de l'article L. 512-4, les mots : "par le service d'aide sociale à l'enfance ou" sont supprimés ;
3° Article L. 513-1 ;	3° Article L. 513-1 ;
4° Articles L. 521-1, L. 521-2, à l'exception du quatrième alinéa, et L. 521-3 ;	4° Articles L. 521-1, L. 521-2, à l'exception du quatrième alinéa, et L. 521-3 ;
5° Articles L. 522-1 et L. 522-2 ;	5° Articles L. 522-1 et L. 522-2 ;
6° Articles L. 531-1, à l'exception du 4°, L. 531-2 à L. 531-4-1 et L. 531-10 sous réserve des adaptations suivantes :	**5° bis Articles L. 523-1 à L. 523-3 ;**
a) Au septième alinéa de l'article L. 531-1, les mots : "percevoir la prestation et le complément prévus aux 3° et 4°" sont remplacés par les mots : "percevoir la prestation prévue au 3°" ;	~~6° Articles L. 531-1, à l'exception du 4°, L. 531-2 à L. 531-4 et L. 531-5 à L. 531-10 sous réserve des adaptations suivantes~~ **6° Articles L. 531-1 à L. 531-10 sous réserve des adaptations suivantes :**
b) Le huitième alinéa du même article est supprimé ;	~~a) Au septième alinéa de l'article L. 531-1, les mots : "percevoir les compléments prévus aux 3° et 4°" sont remplacés par les mots :"percevoir le complément prévu au 3°" ;~~
c) A l'article L. 531-4, la référence à l'article L. 615-1 est remplacée par la référence à l'article L. 613-1 ;	~~b) Le huitième alinéa du même article est supprimé ;~~
d) Au début du second alinéa de l'article L. 531-4-1, les mots : "La région" sont remplacés par le mot : "Saint-Pierre-et-Miquelon" ;	~~c) A l'article L. 531-4, la référence à l'article L. 615-1 est remplacée par la référence à l'article L. 613-1 ;~~
7° Articles L. 532-1 et L. 532-2 sous réserve de l'adaptation suivante : à l'article L. 532-2, la référence aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 est remplacée par la référence aux articles L. 613-19 à L. 613-19-2 ;	d) Au début du second alinéa de l'article L. 531-4-1, les mots : "La région" sont remplacés par le mot : "Saint-Pierre-et-Miquelon" ;
8° Article L. 533-1 ;	**e) A l'article L 531-8 les mots « les caisses versent » sont remplacés par les mots « la Caisse de prévoyance sociale verse » ;**
9° Articles L. 541-1 à L. 541-3 et L. 541-4, à l'exception du dernier alinéa ;	7° Articles L. 532-1 et L. 532-2 sous réserve de l'adaptation suivante : à l'article L. 532-2, la référence aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 est remplacée par la référence aux articles L. 613-19 à L. 613-19-2 ;
10° Articles L. 543-1 et L. 543-2 ;	8° Article L. 533-1 ;
11° Article L. 551-1 sous réserve de l'adaptation suivante : au premier alinéa de l'article L. 551-1, les mots : "à l'exception de la prime forfaitaire mentionnée au 8° de l'article L. 511-1" sont supprimés ;	9° Articles L. 541-1 à L. 541-3 et L. 541-4~~, à l'exception du~~

12° Articles L. 552-1 et L. 552-4 sous réserve des adaptations suivantes :	~~*dernier alinéa*~~ ;
a) Le premier alinéa de l'article L. 552-1 est ainsi rédigé :	10° Articles L. 543-1 et L. 543-2 ;
Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales sont dues, à l'exception de la prestation mentionnée à l'article L. 531-1 pour l'allocation de base et la prestation partagée d'éducation de l'enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4, à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Elles cessent d'être dues à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf en cas de perception de la prestation partagée d'éducation de l'enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge, de décès de l'allocataire, de son conjoint ou d'un enfant à charge, auxquels cas elles cessent d'être dues au premier jour du mois civil qui suit le changement de situation de famille ou le décès.	11° Article L. 551-1 ~~*sous réserve de l'adaptation suivante : au premier alinéa de l'article L. 551-1, les mots : "à l'exception de la prime forfaitaire mentionnée au 8° de l'article L. 511-1" sont supprimés*~~ ;
b) Le dernier alinéa du même article est supprimé ;	12° Articles L. 552-1 et L. 552-4 sous réserve des adaptations suivantes :
13° Articles L. 553-1 à L. 553-3, le I de l'article L. 553-4, à l'exception du cinquième alinéa, et l'article L. 553-5 sous réserve des adaptations suivantes :	a) Le premier alinéa de l'article L. 552-1 est ainsi rédigé :
c) A l'article L. 553-2, les mots : "un organisme de prestations familiales, la Caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale" ;	Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales sont dues, à l'exception de l'allocation de base, du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4, à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Elles cessent d'être dues à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf en cas de perception du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge, de décès de l'allocataire, de son conjoint ou d'un enfant à charge, auxquels cas elles cessent d'être dues au premier jour du mois civil qui suit le changement de situation de famille ou le décès.
d) A l'article L. 553-3, les deux derniers alinéas sont supprimés ;	b) Le dernier alinéa du même article est supprimé ;
e) Au troisième alinéa du I de l'article L. 553-4, les mots :	13° Articles L. 553-1 à L. 553-3, le I de l'article L. 553-4, à l'exception du cinquième alinéa, et l'article L. 553-5 sous réserve des adaptations suivantes :
"l'allocation de soutien familial et" sont supprimés et les mots :	c) A l'article L. 553-2, les mots : "un organisme de prestations familiales, la Caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale" ;
"l'allocation parentale d'éducation" sont remplacés par les mots :	d) A l'article L. 553-3, ~~*les deux derniers alinéas sont supprimés*~~ **l'avant dernier alinéa est supprimé** ;
"le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant" ;	e) Au troisième alinéa du I de l'article L. 553-4, les mots :
	"l'allocation de soutien familial et" sont supprimés et les mots :
	"l'allocation parentale d'éducation" sont remplacés par les mots :
	"le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant" ;
14° Articles L. 554-2 à L. 554-4 sous réserve des adaptation suivantes :	14° Articles L. 554-2 à L. 554-4 sous réserve des adaptations suivantes :
a) A l'article L. 554-3, les mots : "l'insertion du jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité" sont remplacés par les mots : "l'affichage du jugement en mairie et son insertion dans une publication locale" ;	a) A l'article L. 554-3, les mots : "l'insertion du jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité" sont remplacés par les mots : "l'affichage du jugement en mairie et son insertion dans une publication locale" ;
b) A l'article L. 554-4, les mots : "une caisse de sécurité sociale ou d'allocations familiales" sont remplacés par les mots :	b) A l'article L. 554-4, les mots : "une caisse de sécurité sociale ou d'allocations familiales" sont remplacés par les mots :
"la Caisse de prévoyance sociale" ;	"la Caisse de prévoyance sociale" ;
	14° bis Articles L. 581-1 à L. 581-10 sous réserve des

	adaptations suivantes : **a) A l'article L. 581-1, les mots : "les organismes et services auxquels incombe le service des prestations familiales sont habilités à apporter leur aide" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon est habilitée à apporter son aide" ;** **b) Aux articles L. 581-2 à L.581-10, les mots : " L'organisme débiteur des prestations familiales" ou "L'organisme débiteur de prestations familiales" ou "L'organisme débiteur" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale" et les mots : "les organismes débiteurs des prestations familiales" ou "les organismes débiteurs de prestations familiales" ou "l'organisme débiteur des prestations familiales" ou "l'organisme débiteur de prestations familiales" ou "l'organisme débiteur" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale" ;** **c) A l'article L. 581-6, les mots : "des organismes débiteurs de prestations familiales" sont remplacés par les mots : "de la Caisse de prévoyance sociale" ;** **d) Aux articles L. 581-7 et L. 581-10, les mots : « représentant de l'Etat dans le département » sont remplacés par les mots : « représentant de l'Etat dans la collectivité » ;** **e) A l'article L. 581-8, les mots : "Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale peut" et le mot : "leur" est remplacé par le mot : "lui"** **f) L'article L. 581-9 est ainsi modifié :** **i) A la première phrase, les mots : "Les caisses d'allocations familiales sont habilitées à consentir sur leur" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale est habilitée à consentir sur son" ;** **ii) A la seconde phrase, les mots : "Elles sont alors subrogées" sont remplacés par les mots : "Elle est alors subrogée" ;** **g) L'article L. 581-10 est ainsi modifié :** **i) Au troisième alinéa, les mots : "Dès qu'ils ont saisi le représentant de l'Etat dans le département, les organismes débiteurs de prestations familiales ne peuvent plus, jusqu'à ce qu'ils soient informés" sont remplacés par les mots : "Dès qu'elle a saisi le représentant de l'Etat dans la collectivité, la Caisse de prévoyance sociale ne peut plus, jusqu'à ce qu'elle soit informée" et le mot : " leur" est remplacé par : "sa" ;** **ii) Au dernier alinéa, les mots : "Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales" sont remplacés par les mots : "Lorsque la Caisse de prévoyance sociale".** 15° Articles L. 583-1 à L. 583-3.
15° Articles L. 583-1 à L. 583-3.	

ARTICLE 35 - Prise en compte de certaines périodes de chômage des marins au titre de l'assurance vieillesse

I. Présentation de la mesure

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

L'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale (CSS) définit les périodes qui, sans avoir donné lieu à versement de cotisations à la charge du salarié, permettent la validation de trimestres d'assurance vieillesse au régime général : à l'issue de la loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, il intègre de nouveaux dispositifs d'indemnisation du chômage, parmi lesquels notamment le congé de sécurisation professionnelle (CSP).

Au sein du code des transports, le régime d'assurance vieillesse des marins prend en compte de façon plus restrictive les périodes de privation d'emploi au titre des droits à pension, les évolutions intervenues dans le code de la sécurité sociale n'ayant pas été transposées au code des transports.

Or, dans le cadre de plans de sauvegarde de l'emploi, les marins peuvent en effet être amenés à bénéficier de dispositifs conventionnels nouveaux de l'assurance chômage, comme le contrat de transition activité senior (CTAS), le contrat de transition professionnelle (CTP), ou le contrat de sécurisation professionnelle (CSP).

Pourtant, aucun motif ne justifie une telle différence de traitement entre les assurés relevant des deux régimes dans la prise en compte des périodes de chômage indemnisé.

Il est donc proposé que le régime d'assurance vieillesse des marins prenne également en compte, au titre des validations de trimestres, l'ensemble des périodes indemnisées par l'assurance chômage.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à élargir, en l'alignant sur le régime général, la définition des périodes de chômage donnant lieu à la perception de revenus de remplacement ou d'allocation du type « contrat de sécurisation professionnelle », qui sont prises en compte pour le calcul des droits à retraite des marins.

b) Autres options possibles

Il serait possible de modifier la liste, au sein du code des transports, des dispositifs ouvrant droit à la prise en compte des périodes de chômage non indemnisé. Cette option présente l'inconvénient de ne pas faciliter l'adaptation des dispositions applicables aux marins aux éventuelles évolutions relatives à l'indemnisation de la privation d'emploi.

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

Cette mesure emporte des conséquences financières directes pour le régime spécial des marins dès lors que ce régime devra assumer la charge financière de trimestres retraite qui n'étaient jusqu'ici pas pris en compte dans le calcul des droits retraite des marins.

Elle trouve sa place en LFSS en application des 1° et 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

L'article modifié relève du code des transports.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Code des transports relatif à la protection sociale applicable aux DOM, sauf Mayotte*
Mayotte	*Le code des transports relatif à la protection sociale des gens de mer n'est pas applicable à Mayotte.*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Non applicable dans les collectivités sauf lorsque le code des transports fait un renvoi au titre V du livre V relatif à la protection sociale des gens de mer dans les livres VII et VIII.*
Saint Pierre et Miquelon	
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette mesure va occasionner une charge nouvelle pour le régime spécial des marins qui devra prendre en compte, dans le calcul des droits retraite des marins bénéficiant d'un contrat de sécurisation professionnelle, des trimestres supplémentaires n'ayant pas donné lieu à un versement de cotisations.

Faute de pouvoir estimer le nombre de marins qui pourraient demander à bénéficier d'un contrat de sécurisation professionnelle dans le cadre d'un plan social dans les années à venir, un chiffrage a été réalisé en retenant pour hypothèse que 300 personnes pourraient potentiellement opter pour un contrat de sécurisation professionnelle d'une durée moyenne de 12 mois en 2016 et 2017.

Prenant pour hypothèse que les marins concernés seraient principalement des marins âgés de 54 ans relevant de la catégorie 10 et justifiant de 29 annuités, il est estimé qu'une annuité supplémentaire de CSP coûterait en moyenne 21.000 euros pour toute la période pendant laquelle le marin percevrait une pension. Au titre de la première année de

perception de la pension, la pension serait majorée du fait de la prise en compte des périodes de CSP d'environ 600 euros.

Ainsi, en 2016, l'ENIM ne supporterait pas de charge nouvelle car les marins seraient encore en CSP.

En 2017, la dépense supplémentaire supportée par l'ENIM serait d'environ 180.000 euros.

En 2018, il est ajouté à la dépense constatée en 2017 et reconduite en 2018, la dépense nouvelle liée au flux des nouveaux retraités ayant été en CSP en 2017, soit une dépense totale estimée à 360.000 euros.

Organismes impactés	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)			
	2015 (rect)	2016	2017	2018
ENIM			- 0,2 M€	- 0,4 M€

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

a) impacts économique

Sans impact.

b) impacts sociaux

La mesure permet de garantir des droits aux marins équivalents à ceux servis aux assurés du régime général.

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 différents acteurs concernés

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

Sans impact sur la mise en œuvre opérationnelle.

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

Cet alignement sur le régime général permettra de simplifier et d'harmoniser l'application du droit pour l'avenir.

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

Sans impact.

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

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

La disposition législative n'appelle pas de texte d'application.

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

Néant.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant. La mesure est mise en œuvre par les caisses lors du calcul de la retraite sans qu'une demande ne soit nécessaire.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi du coût de la mesure sera effectué pour apprécier la dépense générée par celle-ci pour l'Etat.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 5552-16 du code des transports actuel	Article L. 5552-16 du code des transports modifié
Entrent également en compte pour la pension : (…) 8° Les périodes pendant lesquelles, avant d'avoir atteint un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, les marins sont privés d'emploi et perçoivent :	Entrent également en compte pour la pension : (…) 8° Les périodes pendant lesquelles, avant d'avoir atteint un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, les marins sont privés d'emploi et perçoivent :
a) Le revenu de remplacement mentionné à l'article L. 5421-1 du code du travail ;	**a) Un revenu de remplacement ou une allocation ou une rémunération parmi ceux mentionnés au 2° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale ;**
b) L'allocation de conversion prévue au 3° de l'article L. 5123-2 du code du travail ;	b) L'allocation de conversion prévue au 3° de l'article L. 5123-2 du code du travail
c) L'allocation versée aux marins pêcheurs ayant présenté une demande de cessation d'activité qui remplissent des conditions d'âge et de durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse des marins et qui renoncent à titre définitif à exercer toute activité de pêche professionnelle ;	c) L'allocation versée aux marins pêcheurs ayant présenté une demande de cessation d'activité qui remplissent des conditions d'âge et de durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse des marins et qui renoncent à titre définitif à exercer toute activité de pêche professionnelle ;
d) L'allocation de cessation anticipée d'activité versée aux marins et anciens marins exposés à l'amiante ;	d) L'allocation de cessation anticipée d'activité versée aux marins et anciens marins exposés à l'amiante ;
(…)	(…)

ARTICLE 37 – Dispositions relatives aux dotations de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles

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 accidents du travail et maladies professionnelles (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. Depuis sa création à 2015, le FIVA a été doté de 4,74 Md€ dont 4,3 Md€ provenant de la branche AT-MP. Pour 2015, la contribution de celle-ci avait été fixée à 380 M€ contre 435 M€ en 2014. Pour 2016, le total des dépenses est évalué à 525 M€. Compte tenu du résultat cumulé fin 2015, qui serait de -24 M€, d'une dotation de l'Etat de 10 M€ et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 100 M€, dont 70 M€ de reprises sur provisions), une dotation de la branche AT-MP de 430 M€ est nécessaire pour 2016.

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 navales et dans certains ports, sous réserve que ces établissements ou ports figurent sur une liste déterminée par arrêté.

Il est financé essentiellement par une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général, fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que par une fraction du produit des droits de consommation sur le tabac et une contribution du régime agricole.

Au 31 décembre 2014, 21 500 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 années suivantes : + 51 M€ en 2011, + 64 M€ en 2012, + 109 M€ en 2013 et + 81 M€ pour 2014. Pour 2015, il devrait être excédentaire de 12 M€.

Cette amélioration résulte de la diminution continue, depuis 2009, des dépenses du Fonds : - 0,2 % en 2009, - 2,9 % en 2010 et 2011, - 1,8 % en 2012, - 4,5% en 2013 et - 4,9 % en 2014. Elles devraient encore diminuer de 8 % en 2015. Le produit de la fraction des droits sur les tabacs affectée au Fonds devrait rester stable en 2015 pour s'établir à 35 M€.

c) Sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles

L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit qu'il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV du code de la sécurité sociale.

L'article L. 176-2 du même code précise que le montant de ce versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Une commission, présidée par un magistrat de la Cour des Comptes, remet tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement, avant le 1er juillet de l'année considérée, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP.

Depuis 1997, sept commissions se sont attachées à l'estimation du versement annuel : celle présidée par M. DENIEL en 1997, celles présidées par Mme LEVY ROSENWALD en 1999 et 2002, celles présidées par M. Noël DIRICQ, en 2005, 2008 et 2011, et celle présidée par M. Jean-Pierre BONIN en 2014.

Le tableau ci-dessous retrace les montants reversés par la branche AT-MP depuis 1997 :

Objet	Année	Montant (millions d'€)
Maladies professionnelles	1997	137,20
Maladies professionnelles	1998	138,71
Maladies professionnelles	1999	140,38
Maladies professionnelles	2000	141,02
Maladies professionnelles	2001	144,06
Maladies professionnelles + accidents du travail	2002	299,62
Maladies professionnelles + accidents du travail	2003 à 2006	330,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2007 et 2008	410,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2009 à 2011	710,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2012	790,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2013	790,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2014	790,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2015	1 000,00

Le rapport de la dernière commission dresse pour commencer un bilan globalement positif de la mise en œuvre des préconisations des précédentes commissions, ainsi que des mesures mises en place depuis lors pour améliorer le taux de déclaration et la reconnaissance des AT-MP ; toutefois, elle mentionne également que les efforts doivent être poursuivis pour homogénéiser les pratiques des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles et des CPAM et pour améliorer le signalement des accidents du travail par les hôpitaux ainsi que la formation des étudiants en médecine en matière de détection du caractère professionnel de certaines maladies. La commission a aussi regretté l'importance des délais de mise à jour des tableaux de maladies professionnelles, tout en soulignant que le dispositif résultant des textes ne permettait pas d'aller beaucoup plus vite en l'état des moyens existants.

Cette commission, comme les précédentes, s'est attachée à tenter de comparer les niveaux de déclaration et de reconnaissance entre un certain nombre de pays européens, en soulignant cependant les limites de cet exercice tant les systèmes et les pratiques diffèrent d'un pays à l'autre. Les conclusions qu'elle en a néanmoins tirées sont, d'une part, que la France reconnaît beaucoup plus que les autres pays les troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs et, d'autre part, que les dermatoses y sont vraisemblablement très sous-déclarées.

Le rapport revient par ailleurs sur les causes de la sous-déclaration, qui sont multiples et restent inchangées : méconnaissance par la victime ou par ses ayants droit de l'origine professionnelle de l'affection, appréhensions du salarié au regard de l'emploi ou de la complexité de la procédure, préférence pour la pension d'invalidité, pressions de certains employeurs sur les salariés afin d'éviter la déclaration, insuffisantes formation et information des médecins, manque d'effectifs des médecins du travail, difficultés liées à l'enregistrement des soins et prestations en AT-MP par les professionnels de santé et non imputation des dépenses AT-MP par les établissements de santé. S'agissant spécifiquement des cancers, la commission souligne les difficultés de reconstitution des séquences d'exposition des salariés d'entreprises extérieures et des intérimaires souvent amenés à effectuer des travaux les exposant à des cancérogènes, difficultés amplifiées par l'absence de mise à jour ou d'archivage des fiches d'exposition.

Enfin, le rapport évalue le coût de la sous-déclaration pour la branche maladie du régime général dans la fourchette de 695 à 1 300 M€. Cette forte augmentation par rapport à 2011 (587 M€ à 1 100 M€) s'explique surtout par l'accroissement du nombre de malades, qui a différentes causes. Dans le cas des asthmes, l'évaluation globale de l'effectif des asthmatiques sur la base d'études plus approfondies aboutit à un quintuplement ; dans le cas des cancers, cet accroissement résulte d'une détection plus précoce des maladies et de l'allongement de l'espérance de survie ; enfin, les affections du rachis lombaire ont pu, cette fois, être évaluées, ce qui n'avait pas été possible précédemment.

Le rapport formule enfin un certain nombre de préconisations visant, pour l'avenir, à limiter le phénomène de sous-déclaration, parmi lesquelles l'amélioration de la formation des médecins sur la détection du caractère professionnel des maladies, la simplification et la mise en cohérence des réglementations applicables en matière d'AT-MP et d'invalidité ainsi que l'archivage des documents uniques d'exposition aux risques.

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

a) Mesure proposée

➔ FIVA

Au 31 décembre 2015, le montant total des dépenses devrait s'établir à 525 M€, le résultat net de l'exercice à -33 M€ et le résultat net cumulé à -24 M€. Le total des dépenses pour 2016 est évalué à 525 M€. Compte tenu d'une dotation de l'Etat de 10 M€ et, des autres produits du fonds (estimés à hauteur de 100 M€) une dotation de la branche AT-MP de **430 M€** est proposée. Ainsi, le résultat net fin 2016 serait égal à 15 M€ et le résultat cumulé fin 2016 s'établirait à -9 M€. Il convient de noter que le fonds de roulement du FIVA (70 M€ à fin 2016) lui permettrait d'assurer ses dépenses d'indemnisation, d'une part, et garantirait une réserve prudentielle d'environ deux mois d'activité, d'autre part. Le compte prévisionnel du Fonds est présenté dans l'annexe 8 du présent projet de loi.

➔ FCAATA.

Il est proposé de fixer la dotation au FCAATA à **600 M€** pour l'année 2016.

➔ Sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles

Compte tenu des éléments présentés ci-dessus et notamment de l'évolution de la fourchette d'évaluation de la sous-déclaration, il est proposé de maintenir le montant du versement pour 2016 au même niveau qu'en 2015, soit **1 000 M€.** Ce montant correspond à la moyenne des bornes inférieure et supérieure de la fourchette.

b) Autres options possibles

Sans objet.

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

a) FIVA

Le VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoit que le FIVA est financé par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette dotation, qui représente une dépense pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, trouve sa place en quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

b) FCAATA

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 prévoit que le FCAATA est financé par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette dotation, qui représente une dépense pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, trouve sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

c) Sous-déclaration des ATMP

L'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale précise que le montant de la contribution versée par la branche AT-MP à la branche maladie est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Cette mesure visant à fixer le montant d'une dépense à la charge de la branche AT-MP du régime général trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

La mesure ayant pour objet de fixer une dotation annuelle, celle-ci n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Sans objet s'agissant de transferts financiers de la branche des ATMP*
Mayotte	*Idem*
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélémy	*Idem*
Saint-Pierre et Miquelon	*Idem*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Idem*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
Branche AT-MP du régime général		43			
FIVA		-50			
Branche Maladie du régime général		0			
FCAATA		+93			

L'impact financier s'entend de l'écart par rapport au niveau tendanciel de la dépense qui, par convention, est fixé au niveau des montants de dotation de l'exercice précédent (2015).

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

a) impacts économiques

La branche AT-MP est financée quasi-exclusivement par des cotisations des entreprises. La dotation qu'elle verse au FIVA représente pour elles l'équivalent d'environ 0,09 point de cotisations. Les dotations versées au FCAATA et à l'assurance maladie représentent chacune respectivement l'équivalent de 0,12 et 0,2 point de cotisations.

b) impacts sociaux

Les transferts opérés vers le FIVA et le FCAATA permettent de poursuivre la mise en œuvre des processus d'indemnisation et de départs anticipés des personnes concernées.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

La mesure est sans impact.

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

La mesure est sans impact.

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

La mesure est gérée avec les moyens existants.

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

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire, la mesure est d'application immédiate.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

→FIVA

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficience Accidents du travail-Maladies professionnelles.

Les données relatives au FIVA font partie des données de cadrage du PQE (indicateur n° I.8 Part des contributions de la branche AT- MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante).

→ FCAATA

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficience Accidents du travail-Maladies professionnelles. Les données relatives au FCAATA font partie des données de cadrage du PQE (indicateur n°I.8 Part des contributions de la branche AT- MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante).

→ Sous-déclaration des AT-MP

La mesure sera suivie dans le cadre du rapport triennal de la commission relative à la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles.

ARTICLE 38 – Création d'une protection universelle maladie

I. Présentation de la mesure

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

Les règles de l'assurance maladie reposent encore aujourd'hui largement sur une approche identique à celle qui régit la couverture des autres risques pris en charge par la sécurité sociale. Dans une très grande majorité des cas, la personne est en effet affiliée en fonction de son activité professionnelle à un régime obligatoire de sécurité sociale qui assure, d'une part, la prise en charge des soins (prestations en nature) et d'autre part, l'indemnisation de la diminution des revenus résultant d'arrêts de travail ou de mises en invalidité (prestations en espèces).

Différents dispositifs juridiques ont toutefois été construits afin de couvrir ceux qui n'exercent pas d'activité professionnelle.

Le corpus juridique comprend d'abord, au-delà des règles précises d'ouverture des droits liées à l'activité professionnelle (durée et temps de travail), un système de maintien de droits pour une durée limitée dans le temps permettant par exemple aux personnes sans emploi de conserver leurs droits.

Les droits ouverts pour les soins le sont par ailleurs également pour les ayants droits majeurs ou mineurs rattachés à l'assuré (conjoint, enfants, le cas échéant d'autres membres de la famille), dès lors que ceux-ci n'exercent pas eux-mêmes une activité professionnelle.

Les textes législatifs et réglementaires procèdent enfin au rattachement au régime général de différentes catégories de personnes n'entrant pas dans le périmètre direct de ce régime telles les personnes détenues, les pupilles de l'Etat ou certains allocataires de l'allocation aux adultes handicapés afin de leur ouvrir des droits aux prestations.

La loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle de base (CMU-b), en s'affranchissant pour la première fois de cette logique d'affiliation fondée sur l'activité professionnelle, a permis une avancée importante en garantissant à toute personne résidant en France le droit aux prestations en nature. Depuis, toute personne qui ne bénéficie à aucun autre titre d'une couverture maladie relève de la CMU-b en étant alors affiliée au régime général. Cette couverture universelle demeure toutefois subsidiaire aux règles d'affiliation existantes.

En dépit de ces règles prévoyant une couverture à toute personne travaillant en France ou y résidant de façon stable et régulière, la réalité vécue par les assurés montre que ce droit n'est, dans les faits, pas absolument garanti de manière continue. La persistance de règles d'ouverture des droits et l'existence de nombreux gestionnaires des prestations requièrent des assurés de multiples démarches dès lors qu'un changement dans leur situation (changement professionnel, mobilité géographique, situation familiale, etc.) conduit à une modification des conditions d'exercice de leurs droits, y compris avec un effet différé par rapport au changement de situation (passage du maintien de droit à la couverture maladie universelle de base).

En outre, des justifications sont actuellement demandées aux assurés pour vérifier à quel titre leurs droits sont ouverts, auprès du régime et dans l'ensemble des systèmes d'information de l'organisme appelé à les gérer, et pour mettre leur carte Vitale à jour. Cela est indispensable aujourd'hui pour permettre à tous les professionnels et établissements de santé de connaître les droits de leurs patients à l'assurance maladie. Si, dans la grande majorité des cas, les droits sont établis via les traitements automatisés de données, 1,3 million de personnes doivent apporter chaque année des justifications de leur rattachement administratif à l'assurance maladie. Ces contrôles ont un caractère administratif en ce qu'elles visent à vérifier le statut permettant d'affilier la personne, alors même qu'*in fine* la résidence stable et régulière permet de l'affilier en dernier recours.

Au-delà, on dénombre chaque année :

- 1,4 million de mutations internes au régime général en cas de déménagements ;
- 2 millions de mutations inter-régimes (au sens large, y compris sur le champ des délégataires) depuis ou vers le régime général. Les mutations depuis ou vers le Régime social des indépendants (RSI) et les mutuelles étudiantes, d'ampleurs voisines, représentent près de 70% de ce total, les mutations depuis ou vers les régimes agricoles représentant quant à elles environ 13% ;

Les changements de statut ou les vérifications de droit peuvent occasionner des périodes pendant lesquelles les droits à l'assurance maladie des assurés ne sont pas établis. Cela peut être source de difficulté en cas de soin, pour les assurés comme les professionnels et établissements de santé.

En outre, cette complexité mobilise aujourd'hui des moyens de gestion importants qui pourraient être fortement reconsidérés. L'empilement de conditions d'ouverture des droits conduit en effet les organismes à réexaminer périodiquement la situation d'une partie importante des assurés dont la situation est en réalité inchangée et à s'employer à rechercher à quel titre les personnes ont des droits à l'assurance maladie alors qu'elles résident régulièrement en France et bénéficient de ce fait de la continuité de leurs droits. La gestion du fichier des bénéficiaires emploie ainsi 7 000 ETP au sein de la branche maladie du régime général dont 5 100 consacrés à la gestion des droits de base. Ces effectifs représentent 25% des effectifs de production et 13% des effectifs totaux.

Le maintien de ce système d'affiliation, source de complexité et de rupture de droits, est d'autant moins légitime, que, au-delà de la création de la CMU-b, les prestations en nature ont été harmonisées entre les différents régimes de sécurité sociale.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de mettre en œuvre une réforme d'ensemble pour réaliser une véritable universalisation de la prise en charge des frais de santé. Cette réforme allie des mesures modifiant l'architecture juridique du droit à l'assurance maladie pour en simplifier fortement les règles sur un modèle proche de celui de la branche famille et des mesures opérationnelles pour parvenir à garantir la continuité des droits.

Elle ne modifie pas le niveau des droits à prise en charge des assurés sociaux ni la pluralité des régimes gestionnaires.

Cette réforme s'appuie sur un ensemble de travaux préparatoires important :

- le rapport du Haut conseil au financement de la protection sociale rendu en juillet 2015, rapport établi sur la saisine du Premier Ministre et qui a associé les partenaires sociaux et les gestionnaires des différents régimes. Si ce rapport concerne au premier chef les modalités de l'intégration financière des régimes au sein du régime général d'assurance maladie, il aborde également les différentes options dans l'évolution des règles liées à la gestion des droits ;
- le rapport IGAS IGF sur la gestion de l'assurance maladie de décembre 2014, celui de la Cour des comptes sur les délégations de gestion en 2014 et les travaux du Fonds CMUC sur l'accès aux droits.

Les échanges techniques menés avec les caisses gestionnaires sur les conditions de gestion des droits aux prestations en nature, notamment dans le cadre des travaux sur le tiers payant, ont enfin permis d'approfondir déterminer les enjeux opérationnels.

• *Eléments généraux*

L'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale est modifié afin de préciser qu'outre la couverture des travailleurs contre les risques susceptibles de réduire ou supprimer leurs revenus, la sécurité sociale assure la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que les charges de famille pour toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière.

Au Livre 1er, un chapitre préliminaire regroupant les dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé est ainsi inséré avant le chapitre 1er du titre IV. Dans la section 1 portant sur ses bénéficiaires, l'article L. 160-1 précise, en cohérence avec l'article L. 111-1, que désormais toute personne qui travaille ou, lorsqu'elle n'a pas d'activité, réside en France de façon stable et régulière, dispose du droit à la prise en charge de ses frais de santé.

Les dispositions relatives aux prestations entrant dans le champ de cette prise en charge sont regroupées dans la section 2 du chapitre préliminaire ainsi créé. Elles résultent pour l'essentiel du déplacement des dispositions jusque-là présentes dans le livre III aux articles L. 321-1, L. 322-1, L. 322-7, L. 331-2, et L. 332-1. Le périmètre des prestations prises en charge, qui correspond aux prestations en nature, demeure inchangé.

De même, la section 3 regroupe les dispositions des articles L. 322-2, L.322-3, L. 322-4 et L. 322-8 relatives à la participation de l'assuré, dont les règles ne font l'objet d'aucune modification sur le fond.

Enfin, une section 4 rassemble les dispositions relatives à l'organisation et au service des prestations. En particulier, et en application de l'article L. 160-17, la prise en charge des frais de santé sera effectuée pour les personnes exerçant une activité professionnelle et les retraités par les organismes gestionnaires des régimes de sécurité sociale auxquels ils sont affiliés au titre de leur activité professionnelle.

Pour les autres (personnes majeures n'ayant pas d'activité professionnelle), l'article L. 160-17 prévoit que les règles de gestion seront précisées par voie réglementaire. Elles privilégieront, quand cela est possible, le maintien dans le dernier régime dans lequel les intéressés se trouvaient. Le décret permettra notamment de prévoir des dispositions particulières relatives aux régimes spéciaux pour déterminer les conditions dans lesquelles les retraités et les inactifs relèvent de ces organismes. Les personnes sans activité professionnelle résidant de façon stable et régulière en France et non couvertes jusque-là par l'assurance maladie (expatriés de retour en France, etc.) seront prises en charge par les organismes du régime général. Enfin, les quatre régimes (SNCF, CRPCEN, RATP et Mines) qui versent aujourd'hui des prestations spécifiques au-delà des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1 pourront continuer à les verser sous la forme d'un remboursement global comprenant la part des frais de santé de l'article L.160-1. Ces prestations spécifiques correspondent à une majoration des taux de prise en charge.

Les règles et conditions d'ouverture du droit aux prestations en nature seront simplifiées drastiquement

L'examen des conditions d'ouverture de droits (60 heures travaillées ou 60 Smic sur le mois, 120 heures travaillées ou 120 Smic sur les trois derniers mois, 400 heures travaillées ou 400 Smic sur l'année en ce qui concerne les salariés du régime général), en plus de l'analyse dans certains cas de l'activité (pour les dirigeants, pour les personnes susceptibles de relever d'un autre régime, voire de la législation d'un autre Etat, etc.) alourdit aujourd'hui l'accès aux droits. Leur

suppression, à travers la modification de l'article L. 313-3 au sein de la section 1 du chapitre préliminaire du titre IV du livre Ier, constitue une importante simplification qui facilitera l'ouverture des droits pour la prise en charge des frais de santé et participera également à la fluidité des mutations.

Le bénéfice des droits dépendra de la vérification du respect du critère d'activité professionnelle ou de la résidence stable et régulière. L'ouverture des droits acquise lors de l'affiliation initiale à la sécurité sociale sera ainsi continue sans qu'il soit besoin pour les caisses de rechercher annuellement le critère d'ouverture de droit permettant de caractériser le droit de l'assuré en fonction de son statut.

La notion d'ayant droit majeur sera progressivement supprimée

Le statut d'ayant droit, s'il apparaissait cohérent avec le modèle initial de la sécurité sociale et la structure de la société de l'après-guerre (l'assuré est la personne qui a une activité et procure des droits aux personnes vivant avec elle), peut être considéré comme obsolète depuis la création de la couverture maladie universelle de base (CMU-b). La logique de la réforme envisagée conduit à proposer qu'il n'y ait plus de distinction entre ouvrant droit et ayant droit majeur pour la prise en charge des frais de santé. En application de l'article L. 160-2, le nouveau système distinguera uniquement des assurés affiliés en propre sur critère professionnel ou de résidence lorsqu'ils sont majeurs, et des ayants droit mineurs rattachés à leurs parents ou aux personnes majeures disposant de l'autorité parentale.

Cette mesure permettra de conserver un statut continu aux assurés tout au long de la vie et facilitera une gestion véritablement individualisée de leur prise en charge. Elle allègera leurs obligations déclaratives.

Toujours en application du premier alinéa du L. 160-2, les mineurs conserveront leur statut d'ayant droit. Comme aujourd'hui, ils deviendront assurés en propre, soit en débutant leur activité professionnelle, soit en entamant des études supérieures. Comme le prévoit le deuxième alinéa de l'article L. 160-2, la bascule s'effectuera à la date de la rentrée universitaire de l'année où ils atteignent l'âge de 18 ans, même s'ils poursuivent leurs études au lycée ou dans des établissements de formation non agréés. Dans ces derniers cas, ils seront maintenus en gestion dans le régime de leurs parents. Les personnes qui atteindront l'âge de 18 ans sans avoir ni activité professionnelle ni formation dans le supérieur resteront gérées, en tant qu'assurés, par l'organisme qui leur servait les prestations au moment où elles ont atteint la majorité.

En outre, dès 16 ans, les mineurs pourront en application du quatrième alinéa de ce même article demander, selon des modalités fixées par voie réglementaire, à être gérés de manière autonome en tant qu'assurés après accord des personnes titulaires de l'autorité parentale.

L'application du nouveau système appelle toutefois une période de transition pour les actuels ayants droit majeurs (dont le nombre s'élève aujourd'hui à 3,2 millions de personnes pour le seul régime général). En effet, leur bascule dans le statut d'assuré en propre dès le 1er janvier 2016, impliquerait l'accomplissement préalable d'opérations de gestion pour effectuer dans les conditions habituelles la gestion et le versement des prestations à ces personnes (des informations complémentaires doivent être recueillies, notamment leurs coordonnées bancaires).

Aussi, il est proposé dans les dispositions relatives à l'entrée en vigueur de la mesure que la prise en charge des frais de santé des intéressés puisse continuer dans un premier temps à être effectuée dans des conditions identiques à celles d'aujourd'hui (sous forme de rattachement au conjoint ou parent). Cette situation s'interrompra s'ils connaissent un changement de situation les conduisant à relever explicitement d'un régime (reprise d'une activité, perception d'une retraite pour les ayants droit n'ayant pas aujourd'hui l'âge de la retraite, perception d'une pension de réversion pour ceux qui n'ont jamais cotisé) ou s'ils en formulent la demande pour passer dans le nouveau statut de droit commun.

Enfin, en application du deuxième alinéa de l'article L. 160-17, il sera également possible pour un conjoint sans activité professionnelle de demander à être géré par l'organisme dont relève son conjoint qui exerce une activité professionnelle.

Les modalités de contrôle des droits sont redéfinies dans le chapitre IV ter du titre Ier du livre Ier pour s'assurer de l'effectivité de l'activité professionnelle ou du respect de la condition de résidence

En simplifiant le dispositif actuel et en prévoyant que les assurés ont des droits ouverts en permanence dès lors qu'ils exercent une activité professionnelle ou résident de manière stable et régulière (présence minimale de 3 mois à l'ouverture du droit puis de 6 mois par an pour les années suivantes) sur le territoire national, la réforme implique de mettre en place de nouvelles modalités de contrôle adaptées pour s'assurer du respect des critères d'éligibilité aux droits.

Il est en effet nécessaire que les organismes de sécurité sociale vérifient régulièrement que les assurés ont une activité professionnelle ou résident toujours en France afin, le cas échéant, d'interrompre les droits des assurés qui ne rempliraient plus cette dernière condition.

Les deux articles (L. 114-10-1 et L. 114-10-3) insérés après l'article L. 114-10 actent le principe de ce contrôle de la résidence et précisent ses conséquences sur les droits des assurés.

Les modalités de ces contrôles doivent être définies avec précision pour couvrir l'ensemble des situations dans lesquelles peuvent se trouver les assurés. Ces modalités seront inscrites dans un référentiel de contrôle, établi en lien avec les régimes assurant la prise en charge des frais de santé. Il déclinera l'ensemble du processus permettant de contrôler l'effectivité de l'activité professionnelle ou du respect de la condition de résidence. Ce processus mobilisera

nécessairement, dans le respect des dispositions de la loi informatique et libertés, les données des systèmes d'information aujourd'hui disponibles pouvant contribuer à ces contrôles.

Ce référentiel présentera l'articulation entre plusieurs types de contrôle : les contrôles résultant des échange de données, ainsi que l'ensemble des contrôles a priori et a posteriori mis en œuvre par les caisses dans le cadre du dispositif de contrôle interne. Les services des caisses pourront recourir à différentes techniques de contrôle reposant sur des techniques de ciblages ou réaliser des contrôles aléatoires, et effectuer des contrôles sur pièces ou sur place.

Dans un premier temps, contribueront à ces vérifications les données contenues dans les déclarations préalables à l'embauche (DPAE), les déclarations annuelles des données sociales (DADS), puis à terme dans la déclaration sociale nominative (DSN), les données provenant d'autres administrations (Pôle Emploi pour les personnes en recherche d'un emploi, la DGFIP). L'utilisation du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) doit aussi être envisagée, impliquant une adaptation de son contenu pour donner accès aux informations pertinentes relatives au contrôle de la résidence effectués par les organismes qui aujourd'hui l'alimentent. D'autres sources pourront également être mobilisées pour parvenir à vérifier les différentes situations, par exemple les données d'AGDREF pour faciliter la vérification de la régularité de séjour.

Les échanges de données s'appuieront, conformément aux possibilités déjà ouvertes pour les échanges entre organismes de protection sociale ainsi, que pour ceux avec l'administration fiscale (article L. 152 du livre des procédures fiscales), sur le numéro d'identification des personnes physiques qui permet de fiabiliser l'identification des personnes et d'améliorer ainsi la qualité des échanges.

A l'issue des contrôles conduits, dans le cas où la personne ne remplirait pas les conditions de résidence sur le territoire national et après mise en œuvre d'une procédure à même de lui permettre de faire valoir ses observations et de produire, le cas échéant, des justificatifs, les droits à la prise en charge des frais de santé seront suspendus. Les agents de contrôle notifieront aux assurés les conclusions de leurs enquêtes et présenteront les modalités de recouvrement des indus constatés en application de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale. En fonction des faits constatés lors des contrôles, l'organisme d'assurance maladie pourra, le cas échéant, prononcer des pénalités.

Ces procédures constitueront donc un renforcement du contrôle de l'effectivité du droit à bénéficier de l'assurance maladie en France.

Les procédures de mutation seront améliorées pour les simplifier et les rendre les plus rapides possibles pour les assurés.

Au-delà de la continuité des droits qui sera garantie par la modification des textes, le dispositif opérationnel de gestion des mutations sera amélioré pour permettre de tendre vers une mutation « en un clic ». Les différents régimes sont déjà mobilisés sur un projet d'envergure devant aboutir le plus rapidement possible à un processus entièrement dématérialisé, que ce soit entre caisses du même régime ou de différents régimes. Ces nouvelles procédures permettront d'utiliser les moyens mis à disposition des assurés pour signaler leur changement de domicile (le compte assuré sur AMELI, mais aussi mon.service-public.fr). Le régime général a prévu d'aboutir à une automatisation complète de son processus sur tout le territoire d'ici la fin de l'année 2016. Cette mutation se fera à cette date dans un délai inférieur à 10 jours contre plus de 20 jours actuellement. Les travaux engagés entre les régimes devront, de la même façon, parvenir à couvrir les mutations entre régimes selon un échancier rapproché.

Les délégations de gestion

L'organisation de la gestion et le service des prestations sont modifiés par l'insertion de larticle L. 160-17. La réforme proposée maintient le principe de délégation pour les mutuelles et les assureurs, et leurs groupements respectifs, au sein du régime général pour les fonctionnaires et les étudiants et pour le régime social des indépendants.

Elle prévoit que le périmètre de la délégation peut varier et porter sur un champ plus ou moins grand d'opérations déléguées. L'objectif est notamment de favoriser un partage des coûts et des processus cohérents entre le régime et l'organisme délégataire. Les textes réglementaires en déclineront les modalités et maintiendront une contractualisation permettant de fixer avec précision le périmètre des activités déléguées et les conditions de cette délégation, notamment en termes de performances attendues du délégataire.

Pour ce qui concerne les étudiants, dans la continuité des évolutions en cours pour ceux qui sont gérés par la LMDE, l'offre de service intégrée au régime général qui se met aujourd'hui en place et qui permet de renforcer la qualité de service et d'apporter des facilités de gestion tout en tenant compte des spécificités de cette population, a vocation à pouvoir s'étendre au bénéfice de l'ensemble des étudiants.

S'agissant de la gestion des fonctionnaires, le périmètre de la délégation sera fixé par les conventions conclues entre la CNAMTS et les mutuelles délégataires. Ce périmètre est susceptible d'évoluer au regard d'une analyse partagée sur les opportunités et la pertinence d'une rationalisation de la gestion, notamment en matière d'infogérance. Cette évolution a d'ores et déjà été engagée avec les mutuelles qui ont choisi de se rapprocher de la CNAMTS (La Mutuelle Générale, les mutuelles regroupées au sein de MFP services). Le gouvernement compte poursuivre cette démarche conventionnelle.

En outre, compte tenu notamment de la fréquence des mutations entre le régime général et le régime social des indépendants et des allers-retours qu'elles peuvent entraîner, des évolutions visant à simplifier l'accès aux droits des assurés pourront être prévues et se traduire dans la convention d'objectifs et de gestion entre le RSI et l'Etat.

Les délégations consenties antérieurement par les caisses primaires d'assurance maladie, sur le fondement des dispositions de l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale seront figées à la date de publication de la loi et il ne sera plus possible pour les CPAM d'en mettre en place de nouvelles. Celles en cours se verront appliquer les nouvelles règles de gestion jusqu'à l'extinction de leur habilitation prévue au 31 décembre 2019 au plus tard.

b) Autres options possibles

Une alternative consisterait à seulement supprimer les conditions particulières d'affiliation au régime général pour faire jouer sur un champ plus large qu'aujourd'hui la disposition actuelle issue de la loi CMU prévoyant que l'ensemble des personnes qui ne relèvent pas d'un régime professionnel sont affiliées à la CMU.

Cette option présente néanmoins plusieurs inconvénients. La réforme se limiterait au régime général et créerait un corpus fondamentalement différent entre ce régime d'une part et l'ensemble des autres régimes (c'est-à-dire à la fois des régimes alignés sur le régime général et des régimes spéciaux) d'autre part, ce qui, notamment, ne faciliterait pas des évolutions futures. Surtout, elle ne supprimerait pas l'analyse des droits puisque subsisterait une distinction dans le régime professionnel entre assurés salariés et autres assurés.

Cette option ne serait pas à même de simplifier autant la gestion et n'apporterait donc pas des gains aussi importants en gestion pour les caisses et pour les démarches des assurés. Elle accroitrait en outre fortement la population relevant de la couverture maladie universelle de base.

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

Les mesures proposées nécessitent des dispositions législatives modifiant le code de la sécurité sociale.

Celles-ci trouvent place en loi de financement au regard de leur objet et de leur impact. En effet, les nouvelles dispositions affectent les règles d'affiliation c'est-à-dire celles relatives au périmètre des personnes prises en charge par l'assurance maladie française d'une part et de celles propres à chacun des régimes d'autre part. Ceci revient directement à déterminer l'étendue des dépenses de la sécurité sociale prise globalement et de chacun des régimes en particulier.

Les nouvelles mesures feront donc évoluer les principes fondamentaux qui conditionnent le champ des dépenses de la sécurité sociale et entrent ainsi directement dans le domaine des mesures autorisées par les 1° et 2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale..

En outre, les mesures prises ont un effet important sur les charges de gestion des organismes de sécurité sociale. Cet impact est susceptible d'avoir un effet suffisant pour modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale (cf. ci-dessous).

II. Consultations 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, ainsi que le conseil central d'administration de la MSA vont être saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA seront parallèlement informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale dans le respect du droit européen.

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

Les dispositions proposées sont prises dans le respect des règles communautaires en matière de coordination, auxquelles il est, par ailleurs fait référence de manière plus explicite (notamment à l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale) qu'aujourd'hui dans la rédaction proposée.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions prévues sont entièrement codifiées (en dehors des dispositions transitoires d'entrée en vigueur).

L'article modifie principalement les articles initiaux du code de la sécurité sociale (L. 111-1, L. 111-2-2) pour affirmer les principes auxquels répond la nouvelle protection universelle maladie, il regroupe dans un nouveau chapitre du titre 6 du livre 1 (livre relatif à l'ensemble des régimes), les dispositions propres aux bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé, son niveau et des modalités de gestion. Ce chapitre est constitué des articles L. 160-1 à L. 160-24 qui reprennent en partie des dispositions existantes au sein du régime général (qui sont donc déplacées depuis le livre III) et sont pour partie nouveaux.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Le présent article abroge un nombre significatif de dispositions qui ne sont plus nécessaires compte tenu de la mise en place d'un dispositif universel. Il s'agit notamment des articles législatifs prévoyant l'affiliation à différents régimes (souvent le régime général) de différentes catégories de personnes pour le bénéficie des prestations en nature maladie.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure pourrait permettre de réduire progressivement d'au moins 1/4 les effectifs consacrés à la gestion des droits dans les organismes (mutations, gestion des droits CMU), soit environ 2 000 ETP. Une meilleure répartition des activités dans le cadre des délégations de gestion permettra également d'importantes économies s'agissant des systèmes d'information. L'économie à terme se monterait au minimum à 100 M€. La mise en œuvre de ces évolutions devra être organisée dans le cadre des conventions d'objectif et de gestion des régimes concernés, sur au moins un exercice conventionnel mais des économies à hauteur de 75 M€ pourront être engrangées d'ici 2018.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€) Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2014	2015	2016	2017	2018
			20	50	75

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 mesures proposées n'ont pas d'impact économique dès lors que les règles nouvelles ne modifient aucun droit aux prestations.

b) impacts sociaux

La réforme proposée a un impact social particulièrment positif. Elle améliore de façon très significative l'accès aux droits pour toute la population couverte au titre de la protection maladie en réduisant les démarches, et partant contribue à faciliter l'accès aux soins.

Cette amélioration pour l'ensemble des assurés est particulièrement critique pour des personnes en situation de fragilité du fait de la précarité de leur situation professionnelle ou de ruptures familiales.

Cette avancée permet de réaffirmer la place qu'occupe la sécurité sociale dans notre société en poursuivant son adaptation aux attentes de la société française.

c) impacts sur l'environnement

Ces mesures ne génèrent pas d'impacts environnementaux

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

La suppression du statut d'ayant droit majeur au profit d'une affiliation autonome des personnes majeures (sur critère de résidence) s'inscrit légitimement dans l'affirmation de l'égalité entre les femmes et les hommes. Même si l'activité professionnelle des femmes atteint en France un niveau important, ce sont en effet principalement des femmes sans activité qui constituent aujourd'hui l'essentiel de la catégorie des ayants droit. Aussi cette suppression permet une reconnaissance de leurs droits propres et renforce également leur indépendance, ce qui est important notamment en matière de santé, pour gérer plus facilement les sujets de confidentialité des prises en charge qui peuvent s'avérer sensibles (IVG, contraception).

Par ailleurs, les nouvelles règles simplifieront la situation pour les assurés et mettront fin à des changements de situations qui peuvent résulter de leur situation familiale (lors des séparations et des recompositionsfamiliales par exemple).

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

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

La mesure a pour objectif de faciliter les démarches (y compris en termes de délais) des assurés qui déménagent, changent de situation professionelle, sont sollicités aujourd'hui pour apporter des justificatifs sur leur situation si les fichiers exploités par les organismes n'ont pas suffi à la clarifier ou encore ont des enfants et sont séparés.

En particulier, les assurés qui n'ont plus aujourd'hui de droits faute d'une activité professionnelle suffisante et qui une fois la réforme entrée en vigueur ne pourront plus attester d'une activité professionnelle, n'auront plus à remplir de formulaire de demande de la CMU de base voire à changer de régime d'assurance maladie obligatoire pour rejoindre la CNAMTS, ni à demnander le renouvellement de la CMU de base annuellement, pour bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé.

De même, la suppression de la notion d'ayant droit majeur et son remplacement par une gestion autonomisée pour chaque assuré majeur permettront de supprimer tous les changements de droits voire de gestionnaires aujourd'hui induits par des changements de situations personnelles. Mariage et séparation n'entraîneront ainsi plus de difficultés de gestion pour les personnes majeures sans activité professionnelle dont les droits étaient jusqu'à la réforme ouverts au titre des droits de leur ouvrant-droit.

La gestion des droits sera également simplifiée grâce à la mise en œuvre de procédures dématérialisées et automatisées et ce, notamment en cas de déménagement, afin de réduire de moitié, soit de 10 à 20 jours, les délais de traitement des dossiers dans un premier temps au sein du régime général . La vérification de l'exercice d'une activité professionnelle ou de la condition de résidence seront également opérée, autant que possible, par recoupement des informations dont disposent les différentes administrations.

Enfin, pour faciliter le quotidien des assurés, notamment en cas de séparation des parents, ceux-ci pourront demander à ce que leur enfant dispose de sa propre carte vitale à partir de 12 ans.

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

La réforme proposée impactera les processus métiers des caisses de sécurité sociale car elle modifie les règles actuelles de gestion des droits des assurés. Leur suppression au profit de règles simplifiées, les changements opérés dans les catégories d'assurés (suppression du statut d'ayant droit majeur) conduiront notamment à réviser les processus de gestion ,d'ouverture et de contrôle des droits, impliquant une adaptation du contenu des métiers.

De même, les systèmes d'information devront évoluer pour intégrer les nouvelles règles et permettre la réalisation des échanges nécessaires notamment aux contrôles.

Plusieurs processus, formulaires ou téléservices devront être revus.

La réforme n'a pas d'impact direct sur les régimes spéciaux qui continueront à gérer les personnes en relevant au titre de leur activité professionnelle. Les conjoints sans activité pourront continuer à être gérés par les organismes relevant de ces régimes spéciaux et la situation des ayants droits mineurs restera inchangée. Les prestations qu'ils servent ne seront pas modifiées par la mise en place des nouvelles règles.

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

La mesure devrait générer de réelles économies de gestion dont la prise en compte sera effectuée au travers des diverses conventions d'objectifs et de gestion.

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

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

La réforme nécessitera plusieurs dispositions règlementaires qui concernent à la fois des mesures de toilettage ou d'adaptation pouvant être prises dans le cadre des délais habituels d'application des LFSS et aussi des mesures devant être en vigueur au 1er janvier 2016. Ceci concerne essentiellement le décret qui fixera :

- le régime gestionnaire des prestations en nature pour les personnes relevant d'un régime sur critère de résidence (régime d'origine, ou, à défaut, régime général) ;
- les conditions et modalités de contrôle de la résidence.
- les modalités de mise en œuvre des délégations de gestion. Un décret précisera la nature des opérations susceptibles d'être déléguées, les conditions devant être remplies par les organismes délégataires et les modalités de remise en cause de la délégation.

La mesure nécessitera en outre de toiletter les décrets prévoyance des régimes spéciaux (SNCF, CRPCEN, RATP, marins) afin les mettre en cohérence avec la réforme.

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

L'entrée en vigueur de la réforme et de ses textes applicatifs principaux est prévue au 1er janvier 2016.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les informations générales sur le contenu de la réforme pourront être mises en ligne sur les sites internet des régimes concernés. Les changements de situation les plus significatifs (suppression des ayants droits majeurs par exemple) feront l'objet d'une attention partciulière et d'un processus dédié pour permettre l'information des personnes et l'expression, le cas échéant, du choix ouvert par les nouvelles dispositions.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi sera assuré par les administrations de tutelle des organismes.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article actuel L. 111-1	Article modifié L. 111-1
L'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale. Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité, de paternité et les charges de famille. Elle assure, pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire français, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés et le rattachement de leurs ayants droit à un (ou plusieurs) régime(s) obligatoire(s). Elle assure le service des prestations d'assurances sociales, d'accidents du travail et maladies professionnelles, des allocations de vieillesse ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre des dispositions fixées par le présent code.	**La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.** **Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille.** **Elle garantit les travailleurs contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires.** **Elle assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre des dispositions fixées par le présent code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens.** ~~*L'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.*~~ ~~*Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité, de paternité et les charges de famille.*~~ ~~*Elle assure, pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire français, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille.*~~ ~~*Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés et le rattachement de leurs ayants droit à un (ou plusieurs) régime(s) obligatoire(s).*~~ ~~*Elle assure le service des prestations d'assurances sociales, d'accidents du travail et maladies professionnelles, des allocations de vieillesse ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre des dispositions fixées par le présent code*~~.
Article actuel L. 111-2-1	**Article modifié L. 111-2-1**
I. - La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie. Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources. L'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé	I. - ~~*La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie.*~~ ~~*Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources.*~~ **La Nation affirme son attachement au caractère**

publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire. En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat. Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie.	**universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale.** **Cette protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection.** L'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit ~~*l'accès effectif des assurés aux soins*~~ **l'accès effectif à la prévention et aux soins des bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale** sur l'ensemble du territoire. En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat. Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie.
II. - La Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations. Le système de retraite par répartition assure aux retraités le versement de pensions en rapport avec les revenus qu'ils ont tirés de leur activité. Les assurés bénéficient d'un traitement équitable au regard de la durée de la retraite comme du montant de leur pension, quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels passés, leur espérance de vie en bonne santé, les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent. La Nation assigne également au système de retraite par répartition un objectif de solidarité entre les générations et au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les femmes et les hommes, par la prise en compte des périodes éventuelles de privation involontaire d'emploi, totale ou partielle, et par la garantie d'un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités. La pérennité financière du système de retraite par répartition est assurée par des contributions réparties équitablement entre les générations et, au sein de chaque génération, entre les différents niveaux de revenus et entre les revenus tirés du travail et du capital. Elle suppose de rechercher le plein emploi.	II. - La Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations. Le système de retraite par répartition assure aux retraités le versement de pensions en rapport avec les revenus qu'ils ont tirés de leur activité. Les assurés bénéficient d'un traitement équitable au regard de la durée de la retraite comme du montant de leur pension, quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels passés, leur espérance de vie en bonne santé, les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent. La Nation assigne également au système de retraite par répartition un objectif de solidarité entre les générations et au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les femmes et les hommes, par la prise en compte des périodes éventuelles de privation involontaire d'emploi, totale ou partielle, et par la garantie d'un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités. La pérennité financière du système de retraite par répartition est assurée par des contributions réparties équitablement entre les générations et, au sein de chaque génération, entre les différents niveaux de revenus et entre les revenus tirés du travail et du capital. Elle suppose de rechercher le plein emploi.
Article actuel L. 111-2-2	**Article modifié L. 111-2-2**
Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quel que soit leur âge, leur sexe, leur nationalité ou leur lieu de résidence, toutes les personnes exerçant sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps	**Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quel que soit leur âge, leur sexe, leur nationalité ou leur lieu de résidence toutes les personnes :**

partiel : -une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ; -une activité professionnelle non salariée. Sous réserve des règlements communautaires, le premier alinéa ne s'applique pas en matière d'assurance vieillesse aux salariés étrangers qui demandent, conjointement avec leur employeur établi en France ou, à défaut, avec leur entreprise d'accueil en France, à être exemptés d'affiliation pour ce risque, à condition : 1° De justifier par ailleurs d'une assurance vieillesse ; 2° De ne pas avoir été affiliés, au cours des cinq années précédant la demande, à un régime français obligatoire d'assurance vieillesse, sauf pour des activités accessoires, de caractère saisonnier ou liées à leur présence en France pour y suivre des études, ou à un régime de sécurité sociale d'un Etat, auxquels s'appliquent les règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale ; 3° D'avoir été présents au moins trois mois dans l'établissement ou l'entreprise établis hors de France où ils exerçaient leur activité professionnelle immédiatement avant la demande. L'exemption n'est accordée qu'une seule fois pour le même salarié pour une durée de trois ans. Pour la période couverte par cette exemption, le salarié n'a droit ou n'ouvre droit à aucune prestation d'un régime français d'assurance vieillesse. Par dérogation à l'alinéa précédent, une prolongation de l'exemption peut être accordée par l'autorité administrative compétente pour une nouvelle période de trois ans. Le non-respect des conditions d'exemption énoncées ci-dessus, dûment constaté par les agents visés à l'article L. 243-7, entraîne l'annulation de l'exemption et le versement, par l'employeur ou le responsable de l'entreprise d'accueil, à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et aux autres organismes collecteurs concernés, d'une somme égale à une fois et demie le montant des contributions et cotisations qui auraient été dues si le salarié n'avait pas bénéficié de ladite exemption. Un décret fixe les modalités d'application de ces dispositions dérogatoires. Sous réserve des règlements communautaires, le premier alinéa ne s'applique pas en matière d'assurance vieillesse aux personnes non salariées répondant aux conditions fixées aux deuxième à cinquième alinéas du 1 du I de l'article 81 C du code général des impôts, qui demandent à être exemptées d'affiliation pour ce risque, à condition : 1° De justifier par ailleurs d'une couverture des mêmes risques ; 2° De ne pas avoir été affiliés, au cours des cinq années précédant la demande, à un régime français	**1° Qui exercent sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel :** **- une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme ou la nature [ou la validité] de leur contrat ;** **- une activité professionnelle non salariée ;** **« 2° Qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales.** ~~*Sous réserve des règlements communautaires, le premier alinéa ne s'applique pas en matière d'assurance vieillesse aux salariés étrangers qui demandent, conjointement avec leur employeur établi en France ou, à défaut, avec leur entreprise d'accueil en France, à être exemptés d'affiliation pour ce risque, à condition :*~~ ~~*1° De justifier par ailleurs d'une assurance vieillesse ;*~~ ~~*2° De ne pas avoir été affiliés, au cours des cinq années précédant la demande, à un régime français obligatoire d'assurance vieillesse, sauf pour des activités accessoires, de caractère saisonnier ou liées à leur présence en France pour y suivre des études, ou à un régime de sécurité sociale d'un Etat, auxquels s'appliquent les règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale ;*~~ ~~*3° D'avoir été présents au moins trois mois dans l'établissement ou l'entreprise établis hors de France où ils exerçaient leur activité professionnelle immédiatement avant la demande.*~~ ~~*L'exemption n'est accordée qu'une seule fois pour le même salarié pour une durée de trois ans. Pour la période couverte par cette exemption, le salarié n'a droit ou n'ouvre droit à aucune prestation d'un régime français d'assurance vieillesse.*~~ ~~*Par dérogation à l'alinéa précédent, une prolongation de l'exemption peut être accordée par l'autorité administrative compétente pour une nouvelle période de trois ans.*~~ ~~*Le non-respect des conditions d'exemption énoncées ci-dessus, dûment constaté par les agents visés à l'article L. 243-7, entraîne l'annulation de l'exemption et le versement, par l'employeur ou le responsable de l'entreprise d'accueil, à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et aux autres organismes collecteurs concernés, d'une somme égale à une fois et demie le montant des contributions et cotisations qui auraient été dues si le salarié n'avait pas bénéficié de ladite exemption.*~~ ~~*Un décret fixe les modalités d'application de ces dispositions dérogatoires.*~~

obligatoire de sécurité sociale, sauf pour des activités accessoires, de caractère saisonnier ou liées à leur présence en France pour y suivre des études, ou à un régime de sécurité sociale d'un Etat auquel s'appliquent les règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale. L'exemption n'est accordée qu'une seule fois à une même personne pour une durée de trois ans. Pour la période couverte par cette exemption, l'intéressé n'a droit ou n'ouvre droit à aucune prestation d'un régime français d'assurance vieillesse. Par dérogation à l'alinéa précédent, une prolongation de l'exemption peut être accordée par l'autorité administrative compétente, pour une nouvelle période de trois ans. Le non-respect des conditions d'exemption énoncées ci-dessus entraîne l'annulation de l'exemption et le versement par l'intéressé aux organismes collecteurs concernés d'une somme égale à une fois et demie le montant des contributions et cotisations qui auraient été dues si le salarié n'avait pas bénéficié de ladite exemption. Un décret fixe les modalités d'application de ces dispositions dérogatoires.	~~*Sous réserve des règlements communautaires, le premier alinéa ne s'applique pas en matière d'assurance vieillesse aux personnes non salariées répondant aux conditions fixées aux deuxième à cinquième alinéas du 1 du I de l'article 81 C du code général des impôts, qui demandent à être exemptées d'affiliation pour ce risque, à condition :*~~ ~~*1° De justifier par ailleurs d'une couverture des mêmes risques ;*~~ ~~*2° De ne pas avoir été affiliés, au cours des cinq années précédant la demande, à un régime français obligatoire de sécurité sociale, sauf pour des activités accessoires, de caractère saisonnier ou liées à leur présence en France pour y suivre des études, ou à un régime de sécurité sociale d'un Etat auquel s'appliquent les règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale.*~~ ~~*L'exemption n'est accordée qu'une seule fois à une même personne pour une durée de trois ans. Pour la période couverte par cette exemption, l'intéressé n'a droit ou n'ouvre droit à aucune prestation d'un régime français d'assurance vieillesse.*~~ ~~*Par dérogation à l'alinéa précédent, une prolongation de l'exemption peut être accordée par l'autorité administrative compétente, pour une nouvelle période de trois ans.*~~ ~~*Le non-respect des conditions d'exemption énoncées ci-dessus entraîne l'annulation de l'exemption et le versement par l'intéressé aux organismes collecteurs concernés d'une somme égale à une fois et demie le montant des contributions et cotisations qui auraient été dues si le salarié n'avait pas bénéficié de ladite exemption.*~~ ~~*Un décret fixe les modalités d'application de ces dispositions dérogatoires.*~~
	Article L.111-2-3 nouveau
	Un décret en conseil d'État précise, sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou allocations, les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour mentionnées à l'article L. 111-1.
Article actuel L.114-10	**Article modifié L.114-10**
Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à	Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations**, le contrôle du respect des conditions de résidence,** et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents

preuve du contraire. Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches du régime général. Les modalités de cette coopération sont définies par décret. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux agents mentionnés à l'article L. 243-7.	ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches du régime général. Les modalités de cette coopération sont définies par décret. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux agents mentionnés à l'article L. 243-7.
	Article L.114-10-1 nouveau
	Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale organisent le contrôle du respect des conditions de résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, réalisé par rapprochement avec les vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale.
Article actuel L.115-7	**Article nouveau L.114-10-2**
Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale assurant l'affiliation, le versement des prestations ou le recouvrement des cotisations sont tenus de vérifier lors de l'affiliation et périodiquement que les assurés étrangers satisfont aux conditions de régularité de leur situation en France prévues au présent code. La vérification peut également être faite lors de la déclaration nominative effectuée par l'employeur prévue par l'article L. 320 du code du travail. Ils peuvent avoir accès aux fichiers des services de l'Etat pour obtenir les informations administratives nécessaires à cette vérification. Lorsque ces informations sont conservées sur support informatique, elles peuvent faire l'objet d'une transmission selon les modalités prévues au chapitre IV de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.	Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale assurant l'affiliation, **l'attribution** ~~*le versement*~~ des prestations ou le recouvrement des cotisations sont tenus de vérifier lors de l'affiliation et périodiquement que les assurés étrangers satisfont aux conditions de régularité de leur situation en France prévues au présent code. La vérification peut également être faite lors de la déclaration nominative effectuée par l'employeur prévue par l'article L. 320 du code du travail. Ils peuvent avoir accès aux fichiers des services de l'Etat pour obtenir les informations administratives nécessaires à cette vérification. Lorsque ces informations sont conservées sur support informatique, elles peuvent faire l'objet d'une transmission selon les modalités prévues au chapitre IV de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
	Article L.114-10-3 nouveau
	I. - L'Union nationale des caisses d'assurance maladie établit un référentiel, homologué par l'État, précisant les modalités de contrôle appliquées par les organismes assurant la prise en

	charge des frais de santé, mentionnée à l'article L. 160-1, pour garantir le respect des conditions requises pour en bénéficier notamment celles prévues aux articles L. 114-10-1 et L. 114-10-2. Ce référentiel distingue les procédés de contrôle faisant appel à des échanges d'informations et ceux nécessitant un contrôle direct auprès des assurés sociaux. **II. - Lorsqu'un organisme constate, après avoir procédé aux vérifications nécessaires, qu'une personne n'a pas droit à la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale, elle lui notifie son constat et l'invite à présenter ses observations. La personne fait connaître à l'organisme ses observations et fournit, le cas échéant, les pièces justificatives nécessaires au maintien de ses droits. Si les observations présentées et les pièces produites sont insuffisantes pour justifier le maintien des droits, ou en l'absence de réponse de l'intéressé, il est mis fin au service des prestations. La personne concernée en est préalablement informée.** **III. - Les modalités d'application du II du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.**
Article actuel L.114-12	**Article modifié L.114-12**
Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail se communiquent les renseignements qui : 1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ; 2° Sont nécessaires à l'information des personnes sur l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes ; 3° Sont nécessaires au contrôle, à la justification dans la constitution des droits, notamment à pension de vieillesse et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés respectivement ces organismes.	Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail se communiquent les renseignements qui : 1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ; 2° Sont nécessaires à l'information des personnes sur l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes ; 3° Sont nécessaires au contrôle, à la justification dans la constitution des droits~~, notamment à pension de vieillesse~~ *et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés respectivement ces organismes.* **4° Permettent d'établir le respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations.**
Article actuel L. 114-12-1	**Article modifié L. 114-12-1**
Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire, ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent. (…)	Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire, ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent. (…)

Le répertoire contient les données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir. Au 1er janvier 2016, il contient également le montant des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa. (…)	Le répertoire contient les données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir**,** ~~*ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir*~~ **l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir, ainsi que les informations permettant d'attester du respect des conditions de résidence.** Au 1er janvier 2016, il contient également le montant des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa. (…)
	Article L.114-12-4 nouveau
	Dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les organismes et administrations mentionnés aux articles L. 114-12 et L. 114-14 mettent en œuvre les échanges d'informations, utilisant le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques mentionné à l'article L. 114-12-1, strictement nécessaires au contrôle du respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations.
Article actuel L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale	**Article modifié L. 114-17-1 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, 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 : 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	I. - Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, 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 : 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.	d'une fraude en bande organisée.
II. - La pénalité mentionnée au I est due pour :	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 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 ;	1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;
2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant le service des prestations ;	2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant ~~*le service des*~~ **l'ouverture de leurs droits et 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 ;	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 ;	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, 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 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 ;	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, 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 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 ;	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 ;	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 ;	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 ;	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.	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 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.	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.	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, 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 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 :	IV. - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, 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 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 ;	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 ;	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 :	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 ;	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.	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.	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	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.	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 de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.	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 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.	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, 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. 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.	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, 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. 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.	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.	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, 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 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.	VI. - Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie, 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 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, 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 par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés.	La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie, 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 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 :	VII. - En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire :
1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, des caisses mentionnées aux articles L. 215-	1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, 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 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.	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 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 actuel L. 131-9	**Article modifié L. 131-9**
Les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés qui ne sont pas dues par les personnes visées à l'alinéa suivant sont supprimées lorsque le taux de ces cotisations, en vigueur au 31 décembre 1997, est inférieur ou égal à 2,8 % pour les revenus de remplacement, à 4,75 % pour les revenus d'activité. Des taux particuliers de cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés sont applicables aux revenus d'activité et de remplacement perçus par les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence définies à l'article L. 136-1 et qui relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie ou qui sont soumises au second alinéa de l'article L. 161-25-3. Ces taux particuliers sont également applicables aux assurés d'un régime français d'assurance maladie exonérés en tout ou partie d'impôts directs en application d'une convention ou d'un accord international, au titre de leurs revenus d'activité définis aux articles L. 131-6 et L. 242-1 et de leurs revenus de remplacement qui ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu. Ils sont également applicables aux redevances mentionnées au IV de l'article L. 136-6 versées aux personnes qui ne remplissent pas la condition de résidence fiscale fixée au I du même	Les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés qui ne sont pas dues par les personnes visées à l'alinéa suivant sont supprimées lorsque le taux de ces cotisations, en vigueur au 31 décembre 1997, est inférieur ou égal à 2,8 % pour les revenus de remplacement, à 4,75 % pour les revenus d'activité. Des taux particuliers de cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés sont applicables aux revenus d'activité et de remplacement perçus par les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence définies à l'article L. 136-1 et ~~*qui relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie*~~ **qui bénéficient à titre obligatoire de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L.160-1** ou qui sont soumises au second alinéa de l'article L. 161-25-3. Ces taux particuliers sont également applicables aux ~~*assurés d'un régime français d'assurance maladie*~~ **personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L.160-1** exonérés en tout ou partie d'impôts directs en application d'une convention ou d'un accord international, au titre de leurs revenus d'activité définis aux articles L. 131-6 et L. 242-1 et de leurs revenus de remplacement qui ne sont pas assujettis à

article.	l'impôt sur le revenu. Ils sont également applicables aux redevances mentionnées au IV de l'article L. 136-6 versées aux personnes qui ne remplissent pas la condition de résidence fiscale fixée au I du même article.
Création d'un chapitre préliminaire dans le titre 6 du livre 1 **« Dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé »**	
Section 1 – Dispositions relatives aux bénéficiaires	
	Article L. 160-1 nouveau du code de la sécurité sociale
	Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie et maternité, de la prise en charge des frais de santé dans les conditions fixées au présent livre. **L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciées selon les règles prévues respectivement aux articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3.**
	Article L. 160-2 nouveau du code de la sécurité sociale
	Par dérogation aux dispositions de l'article L. 160-1, bénéficient en tant qu'ayants droit de la prise en charge des frais de santé par rattachement à un assuré social les enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle, qui sont à sa charge, que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, qu'ils soient pupilles de la Nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis. **Le statut d'ayant droit prend fin l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de sa majorité, à la date du premier jour de la période mentionnée à l'article L. 381-8, que celui-ci poursuive ou non des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4.** **L'enfant qui a atteint l'âge de seize ans, peut demander, selon des modalités fixées par décret, à bénéficier, à titre personnel, de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité.** **L'enfant qui, ayant atteint l'âge de seize ans, poursuit des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4 bénéficie automatiquement de la prise en charge des frais de santé à titre personnel « Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, à la diligence et sur demande des personnes ou des établissements**

	qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité.
L. 311-9 et L. 311-10 actuels	**Article L. 160-3 nouveau**
(art. L. 311-9) Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 sans limitation de durée pour tout état de maladie, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9 ; toutefois, en cas d'hospitalisation d'eux-mêmes, de leur conjoint ou de leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Au décès du pensionné ou du rentier, ces avantages sont maintenus à son conjoint si celui-ci remplit, par ailleurs, les conditions prévues à l'article L. 353-1. (art. L. 311-10) Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité bénéficient, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie. Toutefois, en ce qui concerne leur conjoint ou leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais d'hospitalisation intervient dans les conditions prévues à l'article L. 311-9.	**Lorsqu'ils résident à l'étranger et n'exercent pas d'activité professionnelle, bénéficient lors de leurs séjours temporaires en France de la prise en charge des frais de santé prévue à l'article L. 160-1, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit à cette prise en charge ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 161-22-2 :** **1° Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse ou d'une pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ;** **2° Les titulaires d'une rente ou d'une allocation allouée en vertu de dispositions des législations sur les accidents du travail et maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles ;** **3° Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français ;** **Toutefois, en cas d'hospitalisation, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.** **Lorsque la prise en charge mentionnée au premier alinéa est prévue par les règlements européens ou les conventions internationales, elle est étendue, dans les conditions prévues par ces règlements ou accords, aux soins de santé reçus à l'étranger par les titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnés à cet alinéa.**
	Article L.160-4 nouveau
	Bénéficient également de la prise en charge des frais de santé lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle en France : **1° Les membres de la famille qui accompagnent les travailleurs détachés temporairement à l'étranger depuis la France pour y exercer une activité professionnelle et qui sont exemptés d'affiliation au régime de sécurité sociale du pays de détachement en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;** **2° Les membres de la famille à la charge d'un assuré du régime français, qui ne résident pas en France et bénéficient d'une telle prise en charge en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;**

	3° Les membres du personnel diplomatique et consulaire ou les fonctionnaires de la France et personnes assimilées en poste à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent.
Article actuel L. 161-2-1	**Article L. 160-5 nouveau**
Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l'article L. 380-1, au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. La caisse saisit ensuite, s'il y a lieu, l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève. Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé. Les personnes sans domicile stable doivent élire domicile dans les conditions prévues au chapitre IV du titre VI du livre II du code de l'action sociale et des familles. Dans le but de simplifier les démarches des intéressés, les organismes de sécurité sociale concernés et le département sont informés par l'organisme agréé des décisions d'attribution ou de retrait des attestations d'élection de domicile mentionnées à l'article L. 264-2 du même code, dans des conditions définies par décret. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.	~~*Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l'article L. 380-1, au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. La caisse saisit ensuite, s'il y a lieu, l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève.*~~ **Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret, ne pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1, bénéficie de cette prise en charge auprès de cette caisse, dès qu'il justifie de son identité et de sa résidence stable et régulière.** Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé. Les personnes sans domicile stable doivent élire domicile dans les conditions prévues au chapitre IV du titre VI du livre II du code de l'action sociale et des familles. Dans le but de simplifier les démarches des intéressés, les organismes de sécurité sociale concernés et le département sont informés par l'organisme agréé des décisions d'attribution ou de retrait des attestations d'élection de domicile mentionnées à l'article L. 264-2 du même code, dans des conditions définies par décret. ~~*Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.*~~
Article actuel L. 380-3	**Article L. 160-6 nouveau**
Les dispositions de l'article L. 380-1 ne s'appliquent pas aux personnes suivantes : 1° Les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un Etat étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ; 2° Les personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure ; 3° (Abrogé) ;	Les dispositions de l'article L. 380-1 ne s'appliquent pas aux personnes suivantes : **Les dispositions de l'article L. 160-1 ne s'appliquent pas aux personnes suivantes si elles n'exercent pas une autre activité professionnelle complémentaire en France** : 1° Les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un Etat étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ; 2° Les personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure ; **3° Les personnes titulaires d'une pension**

	étrangère et qui ne bénéficient pas par ailleurs d'un avantage viager d'un régime obligatoire français, lorsqu'en application d'un règlement européen ou d'une convention internationale, la prise en charge de leurs frais de santé ainsi que ceux des membres de leur famille qui résident avec eux relève du régime étranger qui sert la pension ;
4° Les agents retraités d'une organisation internationale qui ne sont pas également titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions analogues à celles du régime général français d'assurance maladie et maternité par le régime propre à l'organisation dont ils relevaient quand ils étaient en activité ;	4° Les agents retraités d'une organisation internationale qui ne sont pas également titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions analogues à celles du régime général français d'assurance maladie et maternité par le régime propre à l'organisation dont ils relevaient quand ils étaient en activité ;
5° Les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire, ainsi que les personnes appartenant aux catégories mentionnées aux articles L. 161-14 et L. 313-3 ;	5° Les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement ~~*communautaire, ainsi que les personnes appartenant aux catégories mentionnées aux articles L. 161-14 et L. 313-3*~~ **européen, les membres de leur famille qui les accompagnent ou toute autre personne relèvant de la législation de sécurité sociale d'un autre Etat en raison de son activité professionnelle, ainsi que les membres de la famille de cette dernière qui résident avec elle de manière stable et régulière en France.**
6° Les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre.	6° Les ressortissants des Etats membres de ~~*la Communauté*~~ **l'Union** européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen **ou de la Suisse**, entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre.
Article actuel L. 332-3	**Article L. 160-7 nouveau**
Sous réserve des conventions et des règlements internationaux et de l'article L. 766-1, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes des assurances maladie et maternité ne sont pas servies.	Sous réserve des conventions ~~*et des règlements internationaux*~~ **internationales et règlements européens** et de l'article L. 766-1, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et ~~*à leurs ayants droit*~~ **aux personnes mentionnées à l'article L. 160-2**, les prestations ~~*correspondantes des assurances*~~ **en cas de** maladie et maternité ne sont pas servies.
Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe posé à l'alinéa précédent dans le cas où l'assuré ou ses ayants droit tombent malades inopinément au cours d'un séjour hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état. Ce décret fixe également les adaptations nécessaires à la prise en charge des soins lorsque ceux-ci sont dispensés dans un Etat membre de l'union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Ce décret peut également prévoir les modalités selon lesquelles le service des prestations en nature est confié à un ou plusieurs organismes agissant pour le compte de	Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe posé à l'alinéa précédent dans le cas où l'assuré ou ~~*ses ayants droit*~~ **les personnes mentionnées à l'article L. 160-2** tombent malades inopinément au cours d'un séjour hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen **ou en Suisse** ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état. ~~*Ce décret fixe également les adaptations nécessaires à la prise en charge des soins lorsque ceux-ci sont dispensés dans un Etat membre de l'union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Ce décret peut également prévoir les modalités selon lesquelles le*~~

l'ensemble des régimes d'assurance maladie.	~~*service des prestations en nature est confié à un ou plusieurs organismes agissant pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie.*~~
Section 2 (nouvelle) – Dispositions relatives aux prestations	
1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 9° de l'article actuel L. 321-1	**Article L. 160-8 nouveau**
L'assurance maladie comporte : 1°) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2°) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ; 3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ; 4°) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ; 5°) L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des	~~*L'assurance maladie comporte :*~~ **La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte :** 1°) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales ~~*nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L.313-3*~~, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2°) La couverture des frais de transport ~~*de l'assuré ou des ayants droit*~~ **des personnes** se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 160-17 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ; 3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ; 4°) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ; ~~6~~**5°**) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même

conditions fixées par décret. 6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 7°) (Abrogé) ; 8°) (Abrogé) ; 9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.	code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; ~~*7°) (Abrogé) ;*~~ ~~*8°) (Abrogé) ;*~~ ~~*9*~~**6°**) La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.
Article actuel L. 331-2	**Article L. 160-9 nouveau**
L'assurance maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret. Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais mentionnés ci-dessus à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de ladite période. L'assurance maternité couvre également : 1° Les frais d'examens prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique ; 2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.	L'assurance maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret. Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais mentionnés ci-dessus à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de ladite période. L'assurance maternité couvre également : 1° Les frais d'examens prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique ; 2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.
Article actuel L. 322-1 =	**Article L. 160-10 nouveau =**
La part garantie par la caisse primaire d'assurance maladie ne peut excéder le montant des frais exposés. Elle est remboursée soit directement à l'assuré ou aux ayants droit mentionnés à la deuxième phrase de l'article L. 161-14-1, soit à l'organisme ayant reçu délégation de l'assuré dès lors que les soins ont été dispensés par un établissement ou un praticien ayant passé convention avec cet organisme, et dans la mesure où cette convention respecte la réglementation conventionnelle de l'assurance maladie. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et limites dans lesquelles l'assuré peut déléguer un tiers pour l'encaissement des prestations qui lui sont dues.	La part garantie par les organismes servant les prestations ne peut excéder le montant des frais exposés. ~~*Elle est remboursée soit directement à l'assuré ou aux ayants droit mentionnés à la deuxième phrase de l'article L. 161-14-1*~~ ~~***Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou elle est remboursée soit directement à l'assuré***~~, soit à l'organisme ayant reçu délégation de l'assuré dès lors que les soins ont été dispensés par un établissement ou un praticien ayant passé convention avec cet organisme, et dans la mesure où cette convention respecte la réglementation conventionnelle de l'assurance maladie. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et limites dans lesquelles l'assuré peut déléguer un tiers pour l'encaissement des prestations qui lui sont dues.

Article L. 332-1 actuel	Nouveau L. 160-11
L'action de l'assuré et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations ; pour le paiement des prestations de l'assurance maternité, elle se prescrit par deux ans à partir de la date de la première constatation médicale de la grossesse. L'action des ayants droit de l'assuré pour le paiement du capital prévu à l'article L. 361-1 se prescrit par deux ans à partir du jour du décès. Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou fausse déclaration.	L'action de l'assuré ~~*et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1*~~ pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations ; pour le paiement des prestations de l'assurance maternité, elle se prescrit par deux ans à partir de la date de la première constatation médicale de la grossesse. L'action des ayants droit de l'assuré pour le paiement du capital prévu à l'article L. 361-1 se prescrit par deux ans à partir du jour du décès Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou fausse déclaration.
Article L. 322-7 actuel	**Nouveau L. 160-12**
Les prestations en nature visées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6° et 7° de l'article L. 321-1 sont incessibles et insaisissables sauf pour le recouvrement des prestations indûment versées à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'assuré. Les blocages des sommes déposées sur un compte ne peuvent avoir pour effet de faire obstacle à l'insaisissabilité et à l'incessibilité des prestations visées au premier alinéa.	Les prestations ~~*en nature*~~ visées aux 1°, 2°, 3°, 4°, ~~*6° et 7° de l'article L. 321-1*~~ **5° et 6° de l'article L. 160-8** sont incessibles et insaisissables sauf pour le recouvrement des prestations indûment versées à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'assuré. Les blocages des sommes déposées sur un compte ne peuvent avoir pour effet de faire obstacle à l'insaisissabilité et à l'incessibilité des prestations visées au premier alinéa.
Section 3 « Participation de l'assuré » déplacée	
Article actuel L. 322-2	**Article L. 160-13 modifié**
I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations. La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance	I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article ~~*L. 321-1*~~ **L. 160-8** peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations. La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance

maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.	maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.
L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.	L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
II.-L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.	II.-L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.
Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.	Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.
Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.	Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.
Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.	Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.
III.-En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie : 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;	III.-En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie : 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;	2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;
3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.	3° Transports mentionnés au 2° de l'article ~~*L. 321-1*~~ **L. 160-8** du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.
Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.	Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.
Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont	Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont

effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°. Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3. Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés. Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.	effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°. Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3. Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés. Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.
Article actuel L. 322-3	**Article L. 160-14 modifié**
La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants : 1°) Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ; 2°) Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ; 3°) Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ; 4°) Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies : a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ; b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ; 5°) Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ; 6°) Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 321-1 ;	La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article ~~*L. 322-2*~~ **L.160-13** peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants : 1°) Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ; 2°) Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ; 3°) Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ; 4°) Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies : a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ; b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ; 5°) Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ; 6°) Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article ~~*L. 321-1*~~ **L. 160-8** ;

7°) Lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;	7°) Lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;
8°) Lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;	8°) Lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;
9°) Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;	9°) Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;
10°) Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;	10°) Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;
11°) Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;	11°) Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;
12°) Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;	12°) Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;
13°) Pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;	13°) ~~*Pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1*~~ **Pour les titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des dispositions des articles L. 341-1, L. 341-16 et L. 371-1** en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;
14°) Pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;	14°) Pour les ~~*ayants droit des*~~ **personnes mentionnées à l'atricle L. 161-1 rattachées aux** bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;
15°) Pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;	15°) Pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;
16°) Dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;	16°) Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article ~~*L. 321-1*~~ **L. 160-8**, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;
17°) Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1 ;	17°) Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au ~~*6*~~ **5°** de l'article ~~*L. 321-1*~~ **L. 160-8** ;
18°) Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;	18°) Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;
19°) Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du	19°) Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des

présent code ; 20°) Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 321-1 ; 21°) Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs ; 22°) Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1. La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré. Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.	familles et les centres médico-psycho pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article ~~*L. 321-1*~~ **L. 160-8** et à l'article ~~*L. 322-5*~~ **L. 162-43** du présent code ; 20°) Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article ~~*L. 321-1*~~ **L. 160-8** ; 21°) Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs ; 22°) Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ; La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré. Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.
Article actuel L. 322-4 d	**Article L. 160-15 modifié**
La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 n'est pas exigée pour ses ayants droit mineurs, pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3. Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 322-2.	La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 160-14 n'est pas exigée pour ~~*ses ayants droit mineurs*~~ **les mineurs**, pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3. Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article ~~*L. 322-2*~~ **L.160-13.**
Article actuel L. 322-8	**Article L. 160-16 modifié**
Les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées bénéficient de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées au présent chapitre.	~~*Les assurés et leurs ayants droit*~~ **Les bénéficiaires** relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées bénéficient ~~*de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées du présent chapitre*~~ **de la prise en charge intégrale des frais de santé dans les conditions prévues au présent chapitre**.
Section 4 : Dispositions relatives à l'organisation et au service des prestations	
	Article L. 160-17 nouveau
	La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est effectuée pour les personnes exerçant une activité professionnelle par les organismes chargés de la gestion des régimes

	obligatoires auxquels elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurances sociales dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles ces organismes prennent en charge les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle. **Il précise en outre les modalités selon lesquelles les personnes qui ne sont pas affiliées à titre professionnel peuvent demander à être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin.** **Pour la prise en charge des frais de santé des assurés mentionnés aux articles** **L. 381-4, L. 712-1 et L. 712-2, des opérations de gestion sont déléguées, en tout ou partie, à des mutuelles ou groupements de mutuelles régis par le code de la mutualité. Pour les assurés mentionnés à l'article L. 613-1, les mêmes organismes ainsi que les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et les assureurs ou groupements d'assureurs régis par le code des assurances peuvent recevoir délégation pour l'exécution, en tout ou partie, d'opérations de gestion.** **Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'organisation et de mise en œuvre de ces délégations, notamment dans le cadre de conventions, les modalités d'évaluation de leurs résultats et les conditions dans lesquelles il peut, au vu des résultats constatés, être mis fin à ces délégations.**
Chapitre Ier du Titre VI - Sous-section I de la Section I	
	Article L. 161-1 rétabli du code de la sécurité sociale
	Sauf dispositions contraires, par membre de la famille, on entend au sens du présent code : **1° Le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ;** **2° Les enfants mineurs à leur charge et, jusqu'à un âge limite et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État :** **a) Les enfants qui poursuivent leurs études ;** **b) Les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ;** **3° L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3e degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré social ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'État.**

Article actuel L. 161-2	Article modifié L. 161-2
Les conditions de durée minimale d'immatriculation ou d'affiliation exigées pour percevoir les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont supprimées dans tous les régimes obligatoires. Pour le travailleur salarié entrant dans un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, la condition d'un montant minimum de cotisations ou d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé exigé pour percevoir ces prestations en nature de l'assurance maladie et maternité est suspendue pendant un délai s'ouvrant au moment de cette entrée et dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat.	~~*Les conditions de durée minimale d'immatriculation ou d'affiliation exigées pour percevoir les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont supprimées dans tous les régimes obligatoires.*~~ ~~*Pour le travailleur salarié entrant dans un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, la condition d'un montant minimum de cotisations ou d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé exigé pour percevoir ces prestations en nature de l'assurance maladie et maternité est suspendue pendant un délai s'ouvrant au moment de cette entrée et dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat.*~~
Article actuel L. 161-3	**Article modifié L. 161-3**
L'assurance maternité est attribuée dans les mêmes conditions d'un montant minimum de cotisations ou de durée minimale de travail salarié que l'assurance maladie, la date de référence étant celle du début, soit de la grossesse, soit du repos prénatal.	~~*L'assurance maternité est attribuée*~~ **Les prestations en espèces de l'assurance maternité sont attribuées** dans les mêmes conditions d'un montant minimum de cotisations ou de durée minimale de travail salarié que **les prestations en espèces de** l'assurance maladie, la date de référence étant celle du début, soit de la grossesse, soit du repos prénatal.
Article actuel L. 161-5	**Article modifié L. 161-5**
Le titulaire, soit d'une pension ou rente de vieillesse, soit d'une pension de réversion qui n'exerce aucune activité professionnelle a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maternité, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9.	~~*Le titulaire, soit d'une pension ou rente de vieillesse, soit d'une pension de réversion qui n'exerce aucune activité professionnelle a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maternité, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9.*~~
Article actuel L. 161-7	**Article modifié L. 161-7**
Les rapatriés, anciens salariés, ayant dépassé un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, qui ne se livrent à aucune activité professionnelle, ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9. Les prestations sont servies par les caisses des régimes auxquels les intéressés auraient été rattachés si leur dernière activité professionnelle avant leur retour avait été exercée en France.	~~*Les rapatriés, anciens salariés, ayant dépassé un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, qui ne se livrent à aucune activité professionnelle, ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9.*~~ ~~*Les prestations sont servies par les caisses des régimes auxquels les intéressés auraient été rattachés si leur dernière activité professionnelle avant leur retour avait été exercée en France.*~~
Article actuel L. 161-8	**Article modifié L. 161-8**
Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du	Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever ~~*, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés,*~~ **d'un régime obligatoire d'assurances maladie et maternité** bénéficient, à

maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces.	compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations ~~*des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces*~~ **en espèces des assurances maladie et maternité pendant une période définie par décret en Conseil d'Etat.**
Les périodes mentionnées à l'alinéa précédent s'appliquent également aux autres régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. Toutefois, si pendant ces périodes, l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.	~~*Les périodes mentionnées à l'alinéa précédent s'appliquent également aux autres régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.*~~ **Ce maintien de droit s'applique également aux prestations des assurances invalidité et décès du régime général et des régimes qui lui sont rattachés.** Toutefois, si pendant ces périodes, l'intéressé vient à remplir les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.
Les personnes mentionnées à l' article L. 5411-1 du code du travail qui bénéficient, en application du premier alinéa du présent article, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès continuent, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations.	Les personnes mentionnées à l'article L. 5411-1 du code du travail qui bénéficient, en application du premier alinéa du présent article, du maintien de leur droit aux prestations en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès continuent, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations.
Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France au sens du présent code.	Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France au sens du présent code.
Article actuel L. 161-9	**Article modifié L. 161-9**
Les personnes bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du titre III du livre V du code de la sécurité sociale, ou du congé parental d'éducation prévu à l'article L. 122-28-1 du code du travail, conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de leur régime d'origine aussi longtemps qu'ils bénéficient de cette prestation ou de ce congé. En cas de reprise du travail, les personnes susmentionnées retrouvent leurs droits aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, pendant une période fixée par décret.	~~*Les personnes bénéficiaires*~~ **En cas de reprise du travail, les personnes bénéficiaires** de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du titre III du livre V du code de la sécurité sociale, ou du congé parental d'éducation prévu à l'article L. 122-28-1 du code du travail, ~~*conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de leur régime d'origine aussi longtemps qu'ils bénéficient de cette prestation ou de ce congé. En cas de reprise du travail, les personnes susmentionnées*~~ retrouvent leurs droits aux prestations ~~*en nature et*~~ en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, pendant une période fixée par décret.
En cas de non-reprise du travail à l'issue du congé parental d'éducation, en raison d'une maladie ou d'une nouvelle maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations en nature et en espèces du régime antérieur au congé parental d'éducation dont elles relevaient. Ces dispositions s'appliquent pendant la durée de l'arrêt de travail pour cause de maladie ou du congé légal de maternité postérieur au congé parental.	En cas de non-reprise du travail à l'issue du congé parental d'éducation, en raison d'une maladie ou d'une nouvelle maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations ~~*en nature et*~~ en espèces du régime antérieur au congé parental d'éducation dont elles relevaient. Ces dispositions s'appliquent pendant la durée de l'arrêt de travail pour cause de maladie ou du congé légal de maternité postérieur au congé parental.
Lors de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité, les personnes susmentionnées retrouvent leurs droits aux prestations pendant une période fixée par décret.	Lors de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité, les personnes susmentionnées retrouvent leurs droits aux prestations pendant une période fixée par décret.

Article actuel L. 161-9-3	**Article modifié L. 161-9-3**
Les personnes bénéficiaires du congé prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail, au 9° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, au 10° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, au 9° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et à l'article L. 4138-6 du code de la défense conservent leurs droits aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de leur régime d'origine aussi longtemps qu'elles bénéficient de ce congé. Les personnes ayant bénéficié de ces dispositions conservent leurs droits aux prestations en nature et en espèces d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès auprès du régime obligatoire dont elles relevaient avant et pendant ce congé, dans les situations suivantes : 1° Lors de la reprise de leur travail à l'issue du congé ; 2° En cas de non-reprise du travail à l'issue du congé, en raison d'une maladie ou d'une maternité ; 3° Lors de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité. Les périodes pendant lesquelles les bénéficiaires conservent leurs droits sont fixées par décret et sont applicables, sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-8 du présent code.	Les personnes bénéficiaires du congé prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail, au 9° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, au 10° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, au 9° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et à l'article L. 4138-6 du code de la défense conservent leurs droits aux prestations ~~*en nature et*~~ en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de leur régime d'origine aussi longtemps qu'elles bénéficient de ce congé. Les personnes ayant bénéficié de ces dispositions conservent leurs droits aux prestations ~~*en nature et*~~ en espèces d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès auprès du régime obligatoire dont elles relevaient avant et pendant ce congé, dans les situations suivantes : 1° Lors de la reprise de leur travail à l'issue du congé ; 2° En cas de non-reprise du travail à l'issue du congé, en raison d'une maladie ou d'une maternité ; 3° Lors de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité. Les périodes pendant lesquelles les bénéficiaires conservent leurs droits sont fixées par décret et sont applicables, sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-8 du présent code.
Article actuel L. 161-10	**Article modifié L. 161-10**
La personne qui accomplit le a droit, pour les membres de sa famille, au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire d'assurances maladie et maternité dont elle relevait au moment de son départ ou, à défaut, du régime général de sécurité sociale.	~~*La personne qui accomplit le a droit, pour les membres de sa famille, au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire d'assurances maladie et maternité dont elle relevait au moment de son départ ou, à défaut, du régime général de sécurité sociale.*~~
Article actuel L. 161-11	**Article modifié L. 161-11**
Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-8 et à toutes dispositions contraires, la personne libérée du, si elle ne bénéficie pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, bénéficie pour elle-même et ses ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire, dont elle relevait au moment de son départ ou, à défaut, du régime général, pendant une période dont la durée, à compter de la date de la libération, est fixée par décret en Conseil d'Etat.	~~*Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-8 et à toutes dispositions contraires, la personne libérée du, si elle ne bénéficie pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, bénéficie pour elle-même et ses ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire, dont elle relevait au moment de son départ ou, à défaut, du régime général, pendant une période dont la durée, à compter de la date de la libération, est fixée par décret en Conseil d'Etat.*~~

Article actuel L. 161-13	Article modifié L. 161-13
Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-8 et à toutes dispositions contraires, les détenus libérés, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, bénéficient pour eux-mêmes et leurs ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire dont ils relevaient avant leur détention, ou, à défaut, du régime général, pendant une période dont la durée, à compter de la date de la libération, est fixée par décret en Conseil d'Etat.	*Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-8 et à toutes dispositions contraires, les détenus libérés, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, bénéficient pour eux-mêmes et leurs ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire dont ils relevaient avant leur détention, ou, à défaut, du régime général, pendant une période dont la durée, à compter de la date de la libération, est fixée par décret en Conseil d'Etat.*
Article actuel L. 161-14	**Article modifié L. 161-14**
La personne qui vit maritalement avec un assuré social, et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente, a, à condition d'en apporter la preuve, la qualité d'ayant droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité. Il en est de même de la personne liée à un assuré social par un pacte civil de solidarité lorsqu'elle ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre. La personne non visée par le premier alinéa du présent article et par les articles L. 313-3 et L. 381-4, qui vit depuis une durée fixée par décret en Conseil d'Etat avec un assuré social, et se trouve à sa charge effective, totale et permanente, a, à condition d'en apporter la preuve dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, la qualité d'ayant droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité. L'alinéa précédent ne peut s'appliquer qu'à une seule personne remplissant ces conditions par assuré social.	*La personne qui vit maritalement avec un assuré social, et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente, a, à condition d'en apporter la preuve, la qualité d'ayant droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité. Il en est de même de la personne liée à un assuré social par un pacte civil de solidarité lorsqu'elle ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre.* *La personne non visée par le premier alinéa du présent article et par les articles L. 313-3 et L. 381-4, qui vit depuis une durée fixée par décret en Conseil d'Etat avec un assuré social, et se trouve à sa charge effective, totale et permanente, a, à condition d'en apporter la preuve dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, la qualité d'ayant droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité.* *L'alinéa précédent ne peut s'appliquer qu'à une seule personne remplissant ces conditions par assuré social.*
Article actuel L. 161-14-1	**Article modifié L. 161-14-1**
L'enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de seize ans peut demander, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, à être identifié de façon autonome au sein du régime dudit assuré social et à bénéficier à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de ce régime. Toutefois, cette identification et ce remboursement à titre personnel sont obligatoires pour l'enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de seize ans poursuivant des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4. Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 313-3 et à l'article L. 161-14 sont identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré et perçoivent à titre personnel les prestations en nature des assurances maladie et maternité.	*L'enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de seize ans peut demander, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, à être identifié de façon autonome au sein du régime dudit assuré social et à bénéficier à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de ce régime. Toutefois, cette identification et ce remboursement à titre personnel sont obligatoires pour l'enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de seize ans poursuivant des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4.* *Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 313-3 et à l'article L. 161-14 sont identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré et perçoivent à titre personnel les prestations en nature des assurances maladie et maternité.*

Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, à la diligence et sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré. Ces personnes ou établissements perçoivent pour le compte de l'assuré les prestations en nature des assurances maladie et maternité.	~~*Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, à la diligence et sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré. Ces personnes ou établissements perçoivent pour le compte de l'assuré les prestations en nature des assurances maladie et maternité.*~~
Article actuel L. 161-15	**Article modifié L. 161-15**
Les ayants droit de l'assuré décédé, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, continuent à bénéficier, pendant une période dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat, des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont l'assuré relevait au moment du décès. Cette durée est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint un âge fixé par décret en Conseil d'Etat. La personne divorcée qui ne bénéficie pas, à un autre titre, de l'assurance maladie et maternité continue à bénéficier, pour elle-même et les membres de sa famille qui sont à sa charge, pendant une période dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat, des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont elle relevait à titre d'ayant droit au moment de la mention du divorce en marge de l'acte de mariage ou de la transcription du jugement de divorce. Cette durée est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint un âge fixé par décret en Conseil d'Etat. A l'expiration des périodes de maintien de droits prévues aux premier et deuxième alinéas, lorsqu'elles ont ou ont eu à leur charge au sens de l'article L. 313-3 un nombre d'enfants fixé par décret en Conseil d'Etat, les personnes visées aux deux premiers alinéas qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre sont obligatoirement affiliées au régime général de sécurité sociale en ce qui concerne la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. Le conjoint séparé de droit ou de fait, ayant droit de son époux, qui se trouve, du fait du défaut de présentation par celui-ci des justifications requises, dans l'impossibilité d'obtenir, pour lui-même ou les membres de sa famille à sa charge, les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont il relève, dispose d'une action directe en paiement de ces prestations dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. A l'expiration du délai fixé en application du deuxième alinéa du présent article, le bénéfice de l'action directe est également accordé, en tant que de besoin, à la personne divorcée au profit des ayants droit de l'autre personne divorcée, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	~~*Les ayants droit de l'assuré décédé, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, continuent à bénéficier, pendant une période dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat, des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont l'assuré relevait au moment du décès. Cette durée est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint un âge fixé par décret en Conseil d'Etat.*~~ ~~*La personne divorcée qui ne bénéficie pas, à un autre titre, de l'assurance maladie et maternité continue à bénéficier, pour elle-même et les membres de sa famille qui sont à sa charge, pendant une période dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat, des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont elle relevait à titre d'ayant droit au moment de la mention du divorce en marge de l'acte de mariage ou de la transcription du jugement de divorce. Cette durée est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint un âge fixé par décret en Conseil d'Etat.*~~ ~~*A l'expiration des périodes de maintien de droits prévues aux premier et deuxième alinéas, lorsqu'elles ont ou ont eu à leur charge au sens de l'article L. 313-3 un nombre d'enfants fixé par décret en Conseil d'Etat, les personnes visées aux deux premiers alinéas qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre sont obligatoirement affiliées au régime général de sécurité sociale en ce qui concerne la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.*~~ **Le conjoint séparé de droit ou de fait, qui se trouve, du fait de défaut de présentation par l'autre conjoint des justifications requises, dans l'impossibilité d'obtenir pour ses enfants mineurs la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité, dispose d'une action directe en paiement de ces prestations dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.**
Article actuel L. 161-15-1	**Article modifié L. 161-15-1**

Une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1 ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil.	Une personne ne peut perdre le bénéfice ~~*des prestations en nature des assurances*~~ **de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et maternité** que si elle cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'article ~~*L. 380-1*~~ **L. 160-1** ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil.
Article actuel L. 161-25-2	**Article modifié L. 161-25-2**
Les ayants droit de nationalité étrangère majeurs d'un assuré bénéficient des prestations d'assurances maladie, maternité et décès s'ils sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France. Un décret fixe la liste des titres et documents attestant la régularité de leur résidence en France.	~~*Les ayants droit de nationalité étrangère majeurs d'un assuré bénéficient des prestations d'assurances maladie, maternité et décès s'ils sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.*~~ ~~*Un décret fixe la liste des titres et documents attestant la régularité de leur résidence en France.*~~
Article actuel L. 161-25-3	**Article modifié L. 161-25-3**
La personne de nationalité étrangère titulaire d'une carte de séjour " retraité ", qui bénéficie d'une ou de plusieurs pensions rémunérant une durée d'assurance égale ou supérieure à quinze ans, appréciée selon des conditions fixées par décret, a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie du régime de retraite dont elle relevait au moment de son départ de France, pour elle-même et son conjoint, lors de leurs séjours temporaires sur le territoire métropolitain et dans les départements d'outre-mer, si leur état de santé vient à nécessiter des soins immédiats. Sous réserve des engagements internationaux souscrits par la France, une cotisation d'assurance maladie est prélevée, dans les conditions visées à l'article L. 131-9 sur l'ensemble des pensions des personnes de nationalité étrangère, dès lors que la condition d'assurance mentionnée à l'alinéa précédent est remplie.	~~*La personne de nationalité étrangère titulaire d'une carte de séjour " retraité ", qui bénéficie d'une ou de plusieurs pensions rémunérant une durée d'assurance égale ou supérieure à quinze ans, appréciée selon des conditions fixées par décret, a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie du régime de retraite dont elle relevait au moment de son départ de France, pour elle-même et son conjoint, lors de leurs séjours temporaires sur le territoire métropolitain et dans les départements d'outre-mer, si leur état de santé vient à nécessiter des soins immédiats.*~~ ~~*Sous réserve des engagements internationaux souscrits par la France, une cotisation d'assurance maladie est prélevée, dans les conditions visées à l'article L. 131-9 sur l'ensemble des pensions des personnes de nationalité étrangère, dès lors que la condition d'assurance mentionnée à l'alinéa précédent est remplie.*~~
Article actuel L. 322-5	**Article L. 162-43 modifié**
Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du Framode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire. Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la	Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire. Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la

réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement. L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement. L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article actuel L. 322-5-1	**Article L. 162-43-1 modifié**
L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée. La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2.	L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée. La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2.
Article actuel L. 322-5-2	**Article L. 162-43-2 modifié**
Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette convention détermine notamment : 1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ; 2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ; 3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ; 4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ; 5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ; 6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions	Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette convention détermine notamment : 1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ; 2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ; 3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ; 4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ; 5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ; 6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions

prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique.	prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique.
Article actuel L. 322-5-4	**Article L. 162-43-3 modifié**
La convention mentionnée à l'article L. 322-5-2, ses annexes et avenants sont approuvés et s'appliquent aux entreprises de transport sanitaire concernées dans les conditions prévues à l'article L. 162-15. Pour les entreprises non régies par la convention nationale, les tarifs servant de base au remboursement sont fixés par arrêté interministériel.	La convention mentionnée ~~*à l'article L. 322-5-2*~~ **à l'article L. 162-43-2**, ses annexes et avenants sont approuvés et s'appliquent aux entreprises de transport sanitaire concernées dans les conditions prévues à l'article L. 162-15. Pour les entreprises non régies par la convention nationale, les tarifs servant de base au remboursement sont fixés par arrêté interministériel.
Article actuel L. 172-1 A	**Article modifié L. 172-1 A**
Lorsque le versement des prestations en nature ou en espèces des assurances maladie et maternité est subordonné, par les dispositions du présent code ou celles du code rural et de la pêche maritime, à des conditions d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de durée du travail préalables, les organismes de sécurité sociale tiennent compte, pour la mise en œuvre de ces dispositions, de l'ensemble des périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations versées ou de travail effectuées, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale régi par le présent code ou le code rural et de la pêche maritime. Les règles relatives à la charge et au service des prestations sont définies par décret en Conseil d'Etat.	~~*Lorsque le versement des prestations en nature ou en espèces des assurances maladie et maternité*~~ **Lorsqu'en cas de maladie ou de maternité, le versement des prestations en espèces** est subordonné, par les dispositions du présent code ou celles du code rural et de la pêche maritime, à des conditions d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de durée du travail préalables, les organismes de sécurité sociale tiennent compte, pour la mise en oeuvre de ces dispositions, de l'ensemble des périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations versées ou de travail effectuées, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale régi par le présent code ou le code rural et de la pêche maritime. Les règles relatives à la charge et au service des prestations sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 182-2 actuel	**Article L. 182-2 modifié**
L'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pour rôle, dans le respect des objectifs de la politique de santé publique et des objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale : 1° De négocier et signer l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1, les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ; 2° De prendre les décisions en matière d'actes et prestations prévus aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ; 3° De fixer la participation prévue en application de l'article L. 322-2 ; 4° D'assurer les relations des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ; 5° De rendre un avis motivé et public sur les projets	L'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pour rôle, dans le respect des objectifs de la politique de santé publique et des objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale : 1° De négocier et signer l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1, les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ; 2° De prendre les décisions en matière d'actes et prestations prévus aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ; 3° De fixer la participation prévue en application de l'article L. 322-2 ; 4° D'assurer les relations des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ; 5° De rendre un avis motivé et public sur les projets

de loi et de décret relatifs à l'assurance maladie ; 6° De rendre un avis sur le montant de la base forfaitaire annuelle mentionnée à l'article L. 162-17-2-1.	de loi et de décret relatifs à l'assurance maladie ; 6° De rendre un avis sur le montant de la base forfaitaire annuelle mentionnée à l'article L. 162-17-2-1. **7° D'établir le référentiel mentionné à l'article L. 114-10-3.**
Article actuel L. 200-1	**Article modifié L. 200-1**
Le régime général de sécurité sociale couvre : 1°) au titre des assurances sociales, les personnes définies par les articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6 et L. 311-7 ; 2°) au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les personnes définies par les articles L. 412-1, L. 412-2 et L. 412-9 ; 3°) au titre des prestations familiales, les personnes définies par l'article L. 512-1. Il peut être fait appel également au régime général pour couvrir un ou plusieurs risques ou charges pour des catégories d'assurés définies par la loi.	Le régime général de sécurité sociale couvre : 1°) au titre **de la prise en charge des frais de santé et** des assurances sociales, les personnes définies par les articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6 et L. 311-7 ; 2°) au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les personnes définies par les articles L. 412-1, L. 412-2 et L. 412-9 ; 3°) au titre des prestations familiales, les personnes définies par l'article L. 512-1. Il peut être fait appel également au régime général pour couvrir un ou plusieurs risques ou charges pour des catégories d'assurés définies par la loi.
Article actuel L.211-3	**Article L.211-3 abrogé**
Les caisses primaires d'assurance maladie effectuent le service des prestations, soit directement à leurs guichets, soit par l'entremise des sections locales, de correspondants locaux ou d'entreprises et d'agents locaux. Il peut être fait appel aux mutuelles et unions de mutuelles pour l'accomplissement des différentes missions qui incombent aux sections locales, aux correspondants locaux ou d'entreprises et aux agents locaux.	~~*Les caisses primaires d'assurance maladie effectuent le service des prestations, soit directement à leurs guichets, soit par l'entremise des sections locales, de correspondants locaux ou d'entreprises et d'agents locaux.*~~ ~~*Il peut être fait appel aux mutuelles et unions de mutuelles pour l'accomplissement des différentes missions qui incombent aux sections locales, aux correspondants locaux ou d'entreprises et aux agents locaux.*~~
Article actuel L.211-4	**Article modifié L.211-4**
Tout groupement mutualiste comptant au moins cent assurés *nombre minimum* est habilité de plein droit, sur sa demande, à jouer au moins le rôle de correspondant pour ses membres. Tout groupement mutualiste dont l'effectif et l'organisation permettent de remplir des missions plus étendues et, le cas échéant, le rôle de section locale à circonscription territoriale peut être habilité par la caisse primaire concernée, à cet effet, pour ses membres. Toutes difficultés soulevées par l'application des conditions ci-dessus fixées seront appréciées par une commission nationale paritaire composée des délégués des organisations représentatives de la mutualité et de la sécurité sociale *recours*. En cas de désaccord, la commission désignera un tiers arbitre.	~~*Tout groupement mutualiste comptant au moins cent assurés *nombre minimum* est habilité de plein droit, sur sa demande, à jouer au moins le rôle de correspondant pour ses membres.*~~ ~~*Tout groupement mutualiste dont l'effectif et l'organisation permettent de remplir des missions plus étendues et, le cas échéant, le rôle de section locale à circonscription territoriale peut être habilité par la caisse primaire concernée, à cet effet, pour ses membres.*~~ ~~*Toutes difficultés soulevées par l'application des conditions ci-dessus fixées seront appréciées par une commission nationale paritaire composée des délégués des organisations représentatives de la mutualité et de la sécurité sociale *recours*. En cas de désaccord, la commission désignera un tiers arbitre.*~~

Article actuel L.211-5	Article modifié L.211-5
Chaque section est administrée par un comité de gestion dont les membres sont désignés dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat	~~*Chaque section est administrée par un comité de gestion dont les membres sont désignés dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat*~~
Article actuel L.211-6	**Article modifié L.211-6**
La caisse primaire d'assurance maladie est tenue de verser à chacune de ses sections, outre le montant des prestations servies par celles-ci, une fraction des cotisations perçues en vue de couvrir les frais de gestion propres à la section et de tenir compte tant des services rendus aux assurés que de la qualité de la gestion de la section.	~~*La caisse primaire d'assurance maladie est tenue de verser à chacune de ses sections, outre le montant des prestations servies par celles-ci, une fraction des cotisations perçues en vue de couvrir les frais de gestion propres à la section et de tenir compte tant des services rendus aux assurés que de la qualité de la gestion de la section.*~~
Article actuel L.211-7	**Article modifié L.211-7**
Les sections des caisses primaires d'assurance maladie sont soumises aux mêmes prescriptions que les caisses primaires dans la limite des pouvoirs et de la compétence qui leur sont attribués.	~~*Les sections des caisses primaires d'assurance maladie sont soumises aux mêmes prescriptions que les caisses primaires dans la limite des pouvoirs et de la compétence qui leur sont attribués.*~~
Article actuel L. 213-1	**Article modifié L. 213-1**
Des unions de recouvrement assurent : 1° Le recouvrement des cotisations d'assurances sociales, d'accidents du travail, d'allocations familiales dues par les employeurs au titre des travailleurs salariés ou assimilés, par les assurés volontaires et par les assurés personnels ; 2° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les employeurs et membres des professions libérales ; 3° Une partie du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, dans les conditions prévues aux articles L. 133-6-2, L. 133-6-3 et L. 133-6-4 ; 4° Le recouvrement d'une partie de la contribution sociale généralisée selon les dispositions des articles L. 136-1 et suivants ; 5° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 5422-9, L. 5422-11 et L. 3253-18 du code du travail ; 5° bis Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, et au c du 1° de l'article L. 613-1 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8. 6° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2°, 3° et 5°. Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1. Un décret détermine les modalités d'organisation	Des unions de recouvrement assurent : 1° Le recouvrement des cotisations ~~*d'assurances sociales, d'accidents du travail, d'allocations familiales*~~ **de sécurité sociale** dues par les employeurs au titre des travailleurs salariés ou assimilés, par les assurés volontaires et par les assurés personnels ; 2° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les employeurs et membres des professions libérales ; 3° Une partie du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, dans les conditions prévues aux articles L. 133-6-2, L. 133-6-3 et L. 133-6-4 ; 4° Le recouvrement d'une partie de la contribution sociale généralisée selon les dispositions des articles L. 136-1 et suivants ; 5° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 5422-9, L. 5422-11 et L. 3253-18 du code du travail ; 5° bis Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, et au c du 1° de l'article L. 613-1 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8. 6° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2°, 3° et 5°. Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1. Un décret détermine les modalités d'organisation

administrative et financière de ces unions. En matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux, une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret.	administrative et financière de ces unions. En matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux, une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret.
Article actuel L. 241-10	**Article modifié L. 241-10**
I.-La rémunération d'une aide à domicile est exonérée des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par : a) Des personnes ayant atteint un âge déterminé et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixé par décret ; b) Des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé mentionné à l'article L. 541-1 ou à la prestation de compensation dans les conditions définies au 1° du III de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles. c) Des personnes titulaires : -soit de l'élément de la prestation de compensation mentionnée au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ; -soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ; -soit d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne servie au titre de la législation des accidents du travail ; d) Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sous réserve d'avoir dépassé un âge fixé par décret ; e) Des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, dans des conditions définies par décret. Sauf dans le cas mentionné au a, l'exonération est accordée sur la demande des intéressés par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dans des conditions fixées par arrêté ministériel. Le bénéfice de ces dispositions ne peut se cumuler pour une même aide à domicile avec le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant versé au titre de la garde à domicile. I bis.-Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du	I.-La rémunération d'une aide à domicile est exonérée des cotisations patronales ~~*d'assurances sociales et d'allocations familiales*~~ **de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles**, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par : a) Des personnes ayant atteint un âge déterminé et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixé par décret ; b) Des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé mentionné à l'article L. 541-1 ou à la prestation de compensation dans les conditions définies au 1° du III de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles. c) Des personnes titulaires : -soit de l'élément de la prestation de compensation mentionnée au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ; -soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ; -soit d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne servie au titre de la législation des accidents du travail ; d) Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sous réserve d'avoir dépassé un âge fixé par décret ; e) Des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, dans des conditions définies par décret. Sauf dans le cas mentionné au a, l'exonération est accordée sur la demande des intéressés par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dans des conditions fixées par arrêté ministériel. Le bénéfice de ces dispositions ne peut se cumuler pour une même aide à domicile avec le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant versé au titre de la garde à domicile.

travail ouvre droit à une déduction forfaitaire patronale :	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 patronale :
1° De la cotisation due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, à hauteur de 0,75 € dans les cas autres que ceux mentionnés aux 2° et 3° ;	1° De la cotisation due au titre ~~*des assurances*~~ **de la branche** maladie, maternité, invalidité et décès, à hauteur de 0,75 € dans les cas autres que ceux mentionnés aux 2° et 3° ;
2° Des cotisations de sécurité sociale, à hauteur de 1,50 €, pour les salariés à domicile employés pour des activités de garde d'enfants dont l'âge dépasse l'âge limite mentionné au IV de l'article L. 531-5 et n'excède pas celui mentionné au premier alinéa de l'article L. 521-3, dans la limite d'un nombre d'heures fixé par décret et sous réserve, pour l'employeur, de se conformer aux modalités de déclaration fixées par le décret mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 531-8 ;	2° Des cotisations de sécurité sociale, à hauteur de 1,50 €, pour les salariés à domicile employés pour des activités de garde d'enfants dont l'âge dépasse l'âge limite mentionné au IV de l'article L. 531-5 et n'excède pas celui mentionné au premier alinéa de l'article L. 521-3, dans la limite d'un nombre d'heures fixé par décret et sous réserve, pour l'employeur, de se conformer aux modalités de déclaration fixées par le décret mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 531-8 ;
3° Des cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle, à hauteur de 3,70 €, dans les départements d'outre-mer ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.	3° Des cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle, à hauteur de 3,70 €, dans les départements d'outre-mer ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.
Ces déductions ne sont cumulables avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations.	Ces déductions ne sont cumulables avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations.
II.-Les particuliers et personnes morales qui ont passé un contrat conforme aux articles L. 442-1 et L. 444-3 du code de l'action sociale et des familles pour l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux, de personnes mentionnées aux a, c, d et e du I du présent article sont exonérés, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du même I, des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales dues sur la rémunération qu'elles versent à ces accueillants familiaux.	II.-Les particuliers et personnes morales qui ont passé un contrat conforme aux articles L. 442-1 et L. 444-3 du code de l'action sociale et des familles pour l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux, de personnes mentionnées aux a, c, d et e du I du présent article sont exonérés, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du même I, des cotisations patronales ~~*d'assurances sociales et d'allocations familiales*~~ **de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles**, dues sur la rémunération qu'elles versent à ces accueillants familiaux.
III.-Sont exonérées de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes :	III.-Sont exonérées de cotisations patronales ~~*d'assurances sociales et d'allocations familiales*~~ **de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles**, les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes :
1° Les associations et entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du même code pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ;	1° Les associations et entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du même code pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ;
2° Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;	2° Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;
3° Les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.	3° Les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.
Cette exonération s'applique à la fraction des rémunérations versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privatif :	
a) Des personnes mentionnées au I ;	
b) Des bénéficiaires soit de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au	

titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les structures susmentionnées et un organisme de sécurité sociale, soit des prestations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles ou des mêmes prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces structures et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les tâches effectuées au bénéfice des personnes visées au a du I du présent article, du plafond prévu par ce même a. Le bénéfice du présent III ne peut s'appliquer dans les établissements, centres et services mentionnés aux 2° et 3°, au b du 5° et aux 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, au titre des prestations financées par les organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 314-3 du même code. Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par le présent III et notamment : -les informations et pièces que les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes visés au précédent alinéa doivent produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ; -les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées aux b, c, d et e du I ou les prestations d'aide ménagère visées au précédent alinéa que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations. Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire relevant du cadre d'emplois des agents sociaux territoriaux en fonction dans un centre communal ou intercommunal d'action sociale bénéficient d'une exonération de 100 % de la cotisation d'assurance vieillesse due au régime visé au 2° de l'article R. 711-1 du présent code pour la fraction de ces rémunérations remplissant les conditions définies au présent III. IV.-Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7 du présent code, l'exonération prévue au III n'est pas compensée par le budget de l'Etat. V.-Les dispositions du présent article sont applicables aux périodes d'emploi postérieures au 31 décembre 1998 ; toutefois, la limite prévue au a du I est applicable aux périodes d'emploi postérieures au 31 mars 1999.	Cette exonération s'applique à la fraction des rémunérations versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privatif : a) Des personnes mentionnées au I ; b) Des bénéficiaires soit de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les structures susmentionnées et un organisme de sécurité sociale, soit des prestations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles ou des mêmes prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces structures et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les tâches effectuées au bénéfice des personnes visées au a du I du présent article, du plafond prévu par ce même a. Le bénéfice du présent III ne peut s'appliquer dans les établissements, centres et services mentionnés aux 2° et 3°, au b du 5° et aux 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, au titre des prestations financées par les organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 314-3 du même code. Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par le présent III et notamment : -les informations et pièces que les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes visés au précédent alinéa doivent produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ; -les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées aux b, c, d et e du I ou les prestations d'aide ménagère visées au précédent alinéa que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations. Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire relevant du cadre d'emplois des agents sociaux territoriaux en fonction dans un centre communal ou intercommunal d'action sociale bénéficient d'une exonération de 100 % de la cotisation d'assurance vieillesse due au régime visé au 2° de l'article R. 711-1 du présent code pour la fraction de ces rémunérations remplissant les conditions définies au présent III. IV.-Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7 du présent code, l'exonération prévue au III n'est pas compensée par le budget de l'Etat. V.-Les dispositions du présent article sont applicables aux périodes d'emploi postérieures au 31 décembre 1998 ; toutefois, la limite prévue au a du I est applicable aux périodes d'emploi postérieures au 31 mars 1999.

Article actuel L. 241-11	Article modifié L. 241-11
La partie de la rémunération des personnes visées au 1 de l'article L. 322-4-16-3 du code du travail correspondant à une durée d'activité inférieure ou égale à une limite fixée par décret est exonérée des cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales à la charge de l'employeur. Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 241-12 sont applicables aux cotisations patronales d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail sur les rémunérations versées par les employeurs visés au deuxième alinéa de l'article L. 322-4-16 du code du travail.	La partie de la rémunération des personnes visées au 1 de l'article L. 322-4-16-3 du code du travail correspondant à une durée d'activité inférieure ou égale à une limite fixée par décret est exonérée des cotisations ~~*d'assurances sociales et d'allocations familiales*~~ **de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles** à la charge de l'employeur. Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 241-12 sont applicables aux cotisations patronales ~~*d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail*~~ **de sécurité sociale** sur les rémunérations versées par les employeurs visés au deuxième alinéa de l'article L. 322-4-16 du code du travail.
Article actuel L. 241-12	**Article modifié L. 241-12**
Les cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales dues au titre des activités exercées dans un but de réinsertion socioprofessionnelle par les personnes en difficulté sont calculées sur une assiette forfaitaire fixée par arrêté lorsque les rémunérations qui leur sont versées sont inférieures ou égales au montant de cette assiette. Il n'est pas dû de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales au titre des activités mentionnées au présent article et calculées sur l'assiette forfaitaire mentionnée au précédent alinéa ou sur la rémunération ou la partie de la rémunération inférieure ou égale, par heure d'activité rémunérée, au salaire minimum de croissance. Les présentes dispositions sont applicables aux périodes d'activité accomplies à compter du 1er janvier 1999. Les dispositions du présent article sont applicables aux personnes accueillies dans les structures suivantes : -centres d'hébergement et de réadaptation sociale visés à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que les services ou établissements habilités qui organisent des activités professionnelles dans un but de réinsertion socioprofessionnelle en application des articles L. 121-2 et L. 222-5 du même code ; -structures agréées au titre de l'article 185-2 du même code et des textes pris en application dudit article organisant des activités professionnelles en vue de favoriser leur insertion sociale et les structures assimilées dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'action sociale ; -organismes visés à l'article L. 265-1 du code de l'action sociale et des familles qui en font la demande.	Les cotisations ~~*d'assurances sociales et d'allocations familiales*~~ **de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles** dues au titre des activités exercées dans un but de réinsertion socioprofessionnelle par les personnes en difficulté sont calculées sur une assiette forfaitaire fixée par arrêté lorsque les rémunérations qui leur sont versées sont inférieures ou égales au montant de cette assiette. Il n'est pas dû de cotisations patronales ~~*d'assurances sociales et d'allocations familiales*~~ **de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles** au titre des activités mentionnées au présent article et calculées sur l'assiette forfaitaire mentionnée au précédent alinéa ou sur la rémunération ou la partie de la rémunération inférieure ou égale, par heure d'activité rémunérée, au salaire minimum de croissance. Les présentes dispositions sont applicables aux périodes d'activité accomplies à compter du 1er janvier 1999. Les dispositions du présent article sont applicables aux personnes accueillies dans les structures suivantes : -centres d'hébergement et de réadaptation sociale visés à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que les services ou établissements habilités qui organisent des activités professionnelles dans un but de réinsertion socioprofessionnelle en application des articles L. 121-2 et L. 222-5 du même code ; -structures agréées au titre de l'article 185-2 du même code et des textes pris en application dudit article organisant des activités professionnelles en vue de favoriser leur insertion sociale et les structures assimilées dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'action sociale ; -organismes visés à l'article L. 265-1 du code de

	l'action sociale et des familles qui en font la demande
Article actuel L. 242-1	**Article modifié L. 242-1**
Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire. L'avantage correspondant à la différence définie au II de l'article 80 bis du code général des impôts est considéré comme une rémunération lors de la levée de l'option. En revanche, sont exclus de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa du présent article les avantages mentionnés au I des articles 80 bis et 80 quaterdecies du même code si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions ont été attribuées au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'entre eux. A défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale. Il en est de même lorsque l'attribution est effectuée par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle l'attributaire exerce son activité. Il ne peut être opéré sur la rémunération ou le gain des intéressés servant au calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, de déduction au titre de frais professionnels que dans les conditions et limites fixées par arrêté interministériel. Il ne pourra également être procédé à des déductions au titre de frais d'atelier que dans les conditions et limites fixées par arrêté ministériel. Ne seront pas comprises dans la rémunération les prestations de sécurité sociale versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par l'entremise de l'employeur. Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX ou versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à	Pour le calcul des cotisations ~~*des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales*~~, **de sécurité sociale** sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire. L'avantage correspondant à la différence définie au II de l'article 80 bis du code général des impôts est considéré comme une rémunération lors de la levée de l'option. En revanche, sont exclus de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa du présent article les avantages mentionnés au I des articles 80 bis et 80 quaterdecies du même code si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions ont été attribuées au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'entre eux. A défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale. Il en est de même lorsque l'attribution est effectuée par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle l'attributaire exerce son activité. Il ne peut être opéré sur la rémunération ou le gain des intéressés servant au calcul des cotisations ~~*des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales*~~ **de sécurité sociale**~~,~~, de déduction au titre de frais professionnels que dans les conditions et limites fixées par arrêté interministériel. Il ne pourra également être procédé à des déductions au titre de frais d'atelier que dans les conditions et limites fixées par arrêté ministériel. Ne seront pas comprises dans la rémunération les prestations de sécurité sociale versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par l'entremise de l'employeur. Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX ou versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit en couverture d'engagements de retraite

l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en oeuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire.	complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en oeuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire.
Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX du présent code ou le livre II du code de la mutualité, par des entreprises régies par le code des assurances ainsi que par les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances et proposant des contrats mentionnés à l'article L. 143-1 dudit code, à la section 9 du chapitre II du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou au chapitre II bis du titre II du livre II du code de la mutualité lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat :	Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX du présent code ou le livre II du code de la mutualité, par des entreprises régies par le code des assurances ainsi que par les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances et proposant des contrats mentionnés à l'article L. 143-1 dudit code, à la section 9 du chapitre II du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou au chapitre II bis du titre II du livre II du code de la mutualité lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat :
1° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement d'opérations de retraite déterminées par décret ; l'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 443-8 du code du travail est pris en compte pour l'application de ces limites ;	1° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement d'opérations de retraite déterminées par décret ; l'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 443-8 du code du travail est pris en compte pour l'application de ces limites ;
2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.	2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.
Toutefois, les dispositions des trois alinéas précédents ne sont pas applicables lorsque lesdites contributions se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens du présent article, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement desdites contributions.	Toutefois, les dispositions des trois alinéas précédents ne sont pas applicables lorsque lesdites contributions se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens du présent article, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement desdites contributions.
Les personnes visées au 20° de l'article L. 311-3 qui procèdent par achat et revente de produits ou de services sont tenues de communiquer le pourcentage de leur marge bénéficiaire à l'entreprise avec laquelle elles sont liées.	Les personnes visées au 20° de l'article L. 311-3 qui procèdent par achat et revente de produits ou de services sont tenues de communiquer le pourcentage de leur marge bénéficiaire à l'entreprise avec laquelle elles sont liées.
Sont également pris en compte, dans les conditions prévues à l'article L. 242-11, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de	Sont également pris en compte, dans les conditions prévues à l'article L. 242-11, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout

commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité. Est exclue de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa, dans la limite d'un montant fixé à deux fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts qui n'est pas imposable en application de l'article 80 duodecies du même code. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations visées au premier alinéa du présent article. Pour l'application du présent alinéa, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles liées à la cessation forcée des fonctions.	ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité. Est exclue de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa, dans la limite d'un montant fixé à deux fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts qui n'est pas imposable en application de l'article 80 duodecies du même code. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations visées au premier alinéa du présent article. Pour l'application du présent alinéa, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles liées à la cessation forcée des fonctions.
Article actuel L. 242-3	**Article modifié L. 242-3**
Pour tout assuré qui travaille régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, la part des cotisations incombant à chacun des employeurs est déterminée au prorata des rémunérations qu'ils ont respectivement versées dans la limite des maxima fixés en application de l'article L. 241-3. Par dérogation au précédent alinéa, la part de cotisations incombant à chaque employeur peut être déterminée comme si le salarié occupait un emploi à temps partiel dans chacun des établissements employeurs. En ce qui concerne certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés définies par arrêté ministériel et qui travaillent régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, le montant des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales incombant à chacun des employeurs peut être déterminé compte tenu des conditions d'exercice de la profession considérée d'après les rémunérations qu'ils ont respectivement versées soit dans la limite d'un forfait fixé par lesdits arrêtés, soit en appliquant au taux des cotisations prévues aux articles L. 241-7 à L. 241-9, L. 242-5, L. 242-7, L. 243-1 et L. 243-2 un abattement forfaitaire fixé par lesdits arrêtés	Pour tout assuré qui travaille régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, la part des cotisations incombant à chacun des employeurs est déterminée au prorata des rémunérations qu'ils ont respectivement versées dans la limite des maxima fixés en application de l'article L. 241-3. Par dérogation au précédent alinéa, la part de cotisations incombant à chaque employeur peut être déterminée comme si le salarié occupait un emploi à temps partiel dans chacun des établissements employeurs. En ce qui concerne certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés définies par arrêté ministériel et qui travaillent régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, le montant des cotisations ~~*des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales*~~ **de sécurité sociale** incombant à chacun des employeurs peut être déterminé compte tenu des conditions d'exercice de la profession considérée d'après les rémunérations qu'ils ont respectivement versées soit dans la limite d'un forfait fixé par lesdits arrêtés, soit en appliquant au taux des cotisations prévues aux articles L. 241-7 à L. 241-9, L. 242-5, L. 242-7, L. 243-1 et L. 243-2 un abattement forfaitaire fixé par lesdits arrêtés.
Article actuel L. 242-4-3	**Article modifié L. 242-4-3**
La rémunération due en contrepartie des droits constitués par un salarié sur son compte épargne-temps, à l'exception de ceux qui correspondent à un abondement en temps ou en argent de l'employeur, est exonérée des cotisations salariales de sécurité	La rémunération due en contrepartie des droits constitués par un salarié sur son compte épargne-temps, à l'exception de ceux qui correspondent à un abondement en temps ou en argent de l'employeur, est exonérée des cotisations salariales de sécurité

sociale et des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales dès lors qu'elle est utilisée à l'initiative de ce salarié pour alimenter un plan d'épargne pour la retraite collectif prévu aux articles L. 3334-1 à L. 3334-9 et L. 3334-11 à L. 3334-16 du code du travail ou pour contribuer au financement de prestations de retraite qui revêtent un caractère collectif et obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1 du présent code.	sociale et des cotisations ~~*à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales*~~ **de sécurité sociale à la charge de l'employeur** dès lors qu'elle est utilisée à l'initiative de ce salarié pour alimenter un plan d'épargne pour la retraite collectif prévu aux articles L. 3334-1 à L. 3334-9 et L. 3334-11 à L. 3334-16 du code du travail ou pour contribuer au financement de prestations de retraite qui revêtent un caractère collectif et obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1 du présent code.
Article actuel L. 252-1	**Article modifié L. 252-1**
Pour assurer le service des prestations de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, la caisse nationale de l'assurance maladie attribue aux caisses primaires des dotations annuelles, d'une part, pour les soins de santé, d'autre part, pour les incapacités de travail et le décès, établies en fonction des charges qu'elles ont à couvrir, dans des conditions définies par arrêté interministériel après avis du conseil de la caisse nationale. La caisse nationale attribue, dans les mêmes conditions, aux caisses primaires les dotations annuelles nécessaires au service de l'assurance "accidents du travail et maladies professionnelles".	Pour assurer le service des prestations de ~~*l'assurance*~~ **la branche** maladie, maternité, invalidité et décès, la caisse nationale de l'assurance maladie attribue aux caisses primaires des dotations annuelles, d'une part, pour les soins de santé, d'autre part, pour les incapacités de travail et le décès, établies en fonction des charges qu'elles ont à couvrir, dans des conditions définies par arrêté interministériel après avis du conseil de la caisse nationale. La caisse nationale attribue, dans les mêmes conditions, aux caisses primaires les dotations annuelles nécessaires au service de l'assurance "accidents du travail et maladies professionnelles".
Article actuel L. 311-1	**Article modifié L. 311-1**
Les assurances sociales du régime général couvrent les risques ou charges de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de décès, de veuvage, de maternité, ainsi que de paternité, dans les conditions fixées par les articles suivants.	Les assurances sociales du régime général ~~*couvrent les*~~ **assurent le versement des prestations en espèces face aux** risques ou charges de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de décès, de veuvage, de maternité, ainsi que de paternité, dans les conditions fixées par les articles suivants.
Article actuel L. 311-5	**Article modifié L. 311-5**
Toute personne percevant l'une des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 ou aux articles L. 1233-65 à L. 1233-69 et L. 1235-16 ou au 8° de l'article L. 1233-68 du code du travail ou l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 5421-2 du même code conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elle relevait antérieurement. Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat. A défaut, elle bénéficie, pour elle-même et ses ayants droit, des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-8 du présent code, ont également droit, pour elles-mêmes et leurs ayants droit, aux prestations en	Toute personne percevant l'une des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 ou aux articles L. 1233-65 à L. 1233-69 et L. 1235-16 ou au 8° de l'article L. 1233-68 du code du travail ou l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 5421-2 du même code conserve la qualité d'assuré et bénéficie ~~*du maintien de ses droits aux prestations*~~ **en espèces** du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elle relevait antérieurement. Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat. ~~*A défaut, elle bénéficie, pour elle-même et ses ayants droit, des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général.*~~ ~~*Sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-8 du présent code, ont également droit, pour elles-mêmes*~~

nature des assurances maladie et maternité du régime général : 1°) les personnes qui ont épuisé leurs droits aux revenus de remplacement mentionnés au premier alinéa, tant qu'elles demeurent à la recherche d'un emploi. Cette condition est réputée satisfaite pour les personnes dispensées d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi en application des articles L. 5411-2, L. 5411-6, L. 5411-7 et L. 5411-10 du code du travail. 2°) les personnes percevant l'une des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 du code du travail ; 3°) les bénéficiaires des allocations versées en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés à l'article L. 5422-10 du code du travail. Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi bénéficient pour elles-mêmes et leurs ayants droit, tant que dure leur indemnisation, de leurs droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation.	~~*et leurs ayants droit, aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général :*~~ ~~*1°) les personnes qui ont épuisé leurs droits aux revenus de remplacement mentionnés au premier alinéa, tant qu'elles demeurent à la recherche d'un emploi. Cette condition est réputée satisfaite pour les personnes dispensées d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi en application des articles L. 5411-2, L. 5411-6, L. 5411-7 et L. 5411-10 du code du travail.*~~ ~~*2°) les personnes percevant l'une des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 du code du travail ;*~~ ~~*3°) les bénéficiaires des allocations versées en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés à l'article L. 5422-10 du code du travail.*~~ Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi bénéficient ~~*pour elles-mêmes et leurs ayants droit,*~~ tant que dure leur indemnisation, de ~~*leurs droits aux prestations*~~ **en espèces** du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation.
Article actuel L. 311-5-1	**Article modifié L. 311-5-1**
Par dérogation aux dispositions de l'article L. 313-1, les personnes handicapées, ayant fait l'objet d'une décision d'orientation de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, qui n'ont pas droit, à quelque titre que ce soit, aux prestations en nature de l'assurance maladie, ont droit et ouvrent droit, dès leur entrée en centre de préorientation ou de rééducation professionnelle, aux prestations en nature de l'assurance maladie prévues aux 1°, 2°, 3°, 4° de l'article L. 321-1 et de l'assurance maternité prévues à l'article L. 331-2.	~~*Par dérogation aux dispositions de l'article L. 313-1, les personnes handicapées, ayant fait l'objet d'une décision d'orientation de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, qui n'ont pas droit, à quelque titre que ce soit, aux prestations en nature de l'assurance maladie, ont droit et ouvrent droit, dès leur entrée en centre de préorientation ou de rééducation professionnelle, aux prestations en nature de l'assurance maladie prévues aux 1°, 2°, 3°, 4° de l'article L. 321-1 et de l'assurance maternité prévues à l'article L. 331-2.*~~
Article actuel L. 311-9	**Article modifié L. 311-9**
Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 sans limitation de durée pour tout état de maladie, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9 ; toutefois, en cas d'hospitalisation d'eux-mêmes, de leur conjoint ou de leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Au décès du pensionné ou du rentier, ces avantages	~~*Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 sans limitation de durée pour tout état de maladie, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9 ; toutefois, en cas d'hospitalisation d'eux-mêmes, de leur conjoint ou de leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat.*~~ ~~*Au décès du pensionné ou du rentier, ces avantages sont maintenus à son conjoint si celui-ci remplit, par*~~

sont maintenus à son conjoint si celui-ci remplit, par ailleurs, les conditions prévues à l'article L. 353-1.	~~ailleurs, les conditions prévues à l'article L. 353-1.~~
Article actuel L. 311-10	**Article modifié L. 311-10**
Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité bénéficient, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie. Toutefois, en ce qui concerne leur conjoint ou leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais d'hospitalisation intervient dans les conditions prévues à l'article L. 311-9.	~~Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité bénéficient, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie. Toutefois, en ce qui concerne leur conjoint ou leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais d'hospitalisation intervient dans les conditions prévues à l'article L. 311-9.~~
Article actuel L. 313-1	**Article modifié L. 313-1**
I.- Pour avoir droit et ouvrir droit : 1° Aux prestations prévues aux 1°, 2°, 3°, 4° et 6° de l'article L. 321-1 ; 2° Aux prestations prévues au 5° de l'article L. 321-1 pendant une durée déterminée ; 3° Aux prestations des assurances maternité et décès, l'assuré social doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit avoir effectué un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé. II.- Pour bénéficier : 1° Des prestations prévues au 5° de l'article L. 321-1, sans interruption, au-delà de la durée fixée en application du 2° du premier alinéa ; 2° Des indemnités journalières de l'assurance maternité, l'assuré doit, en outre, justifier d'une durée minimale d'immatriculation.	I.- Pour avoir droit ~~et ouvrir droit~~ : ~~1° Aux prestations prévues aux 1°, 2°, 3°, 4° et 6° de l'article L. 321-1 ;~~ **1°** ~~2°~~ Aux prestations prévues ~~au 5° de l'article~~ **à l'article** L. 321-1 pendant une durée déterminée ; **2°** ~~3°~~ Aux prestations **en espèces** des assurances maternité et décès, l'assuré social doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit avoir effectué un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé. II.- Pour bénéficier : 1° Des prestations prévues ~~au 5° de~~ **à** l'article L. 321-1, sans interruption, au-delà de la durée fixée en application du ~~2° du premier alinéa~~ **1° du I ;** 2° Des indemnités journalières de l'assurance maternité, l'assuré doit, en outre, justifier d'une durée minimale d'immatriculation.
Article actuel L.313-3	**Article modifié L.313-3**
Par membre de la famille, on entend : 1°) le conjoint de l'assuré. Toutefois, le conjoint de l'assuré obligatoire ne peut prétendre aux prestations prévues aux articles L. 321-1 et L. 322-6 lorsqu'il bénéficie d'un régime obligatoire de sécurité sociale, lorsqu'il exerce, pour le compte de l'assuré ou d'un tiers personnellement, une activité professionnelle ne motivant pas son affiliation à un tel régime pour le risque maladie, lorsqu'il est inscrit au registre des métiers ou du commerce ou lorsqu'il exerce une profession libérale	~~Par membre de la famille, on entend :~~ ~~1°) le conjoint de l'assuré.~~ ~~Toutefois, le conjoint de l'assuré obligatoire ne peut prétendre aux prestations prévues aux articles L. 321-1 et L. 322-6 lorsqu'il bénéficie d'un régime obligatoire de sécurité sociale, lorsqu'il exerce, pour le compte de l'assuré ou d'un tiers personnellement, une activité professionnelle ne motivant pas son affiliation à un tel régime pour le risque maladie, lorsqu'il est inscrit au registre des métiers ou du commerce ou lorsqu'il exerce une profession libérale ;~~

; 2°) jusqu'à un âge limite, les enfants non salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, qu'ils soient pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis ; 3°) jusqu'à des âges limites et dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat : a) les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le code du travail ; b) les enfants qui poursuivent leurs études ; c) les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ; 4°) l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3ème degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'Etat.	~~*2°) jusqu'à un âge limite, les enfants non salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, qu'ils soient pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis ;*~~ ~~*3°) jusqu'à des âges limites et dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat :*~~ ~~*a) les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le code du travail ;*~~ ~~*b) les enfants qui poursuivent leurs études ;*~~ ~~*c) les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ;*~~ ~~*4°) l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3ème degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'Etat.*~~
Article actuel L. 313-4	**Article modifié L. 313-4**
L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité a droit et ouvre droit : 1°) aux prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie ; 2°) aux prestations en nature de l'assurance maternité.	~~*L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité a droit et ouvre droit :*~~ ~~*1°) aux prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie ;*~~ ~~*2°) aux prestations en nature de l'assurance maternité.*~~
Article actuel L. 313-5	**Article modifié L. 313-5**
Les titulaires des pensions d'invalidité mentionnés à l'article L. 342-1, ont et ouvrent droit aux prestations prévues à l'article L. 313-4. Les titulaires de pensions de vieillesse de veuf ou de veuve ont et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 311-9 et L. 311-10.	~~*Les titulaires des pensions d'invalidité mentionnés à l'article L. 342-1, ont et ouvrent droit aux prestations prévues à l'article L. 313-4.*~~ ~~*Les titulaires de pensions de vieillesse de veuf ou de veuve ont et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 311-9 et L. 311-10.*~~
Article actuel L. 321-1	**Article modifié L. 321-1**
L'assurance maladie comporte : 1°) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation	~~*L'assurance maladie comporte :*~~ ~~*1°) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation*~~

individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;	~~*individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;*~~
2°) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;	~~*2°) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;*~~
3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;	~~*3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;*~~
4°) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;	~~*4°) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;*~~
5°) L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.	~~*5°) L'octroi d'indemnité*~~ **L'assurance maladie assure le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.**
6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;	~~*6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;*~~
7°) (Abrogé) ;	~~*7°) (Abrogé) ;*~~
8°) (Abrogé) ;	~~*8°) (Abrogé) ;*~~
9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de	9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de

prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.	prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.
Article actuel L. 321-2	**Article actuel L. 321-2**
Sous réserve des dispositions des articles L. 161-8 et L. 311-9, les prestations prévues au 1° de l'article L. 321-1 sont attribuées sans limitation de durée si l'assuré remplit, à la date des soins dont le remboursement est demandé, les conditions fixées à l'article L. 313-1. En cas d'interruption de travail, l'assuré doit envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai déterminé et, sous les sanctions prévues par décret, une lettre d'avis d'interruption de travail dont le modèle est fixé par arrêté ministériel et qui doit comporter la signature du médecin. Le directeur de la caisse primaire met en œuvre le dispositif de sanctions prévu à l'alinéa précédent.	~~*Sous réserve des dispositions des articles L. 161-8 et L. 311-9, les prestations prévues au 1° de l'article L. 321-1 sont attribuées sans limitation de durée si l'assuré remplit, à la date des soins dont le remboursement est demandé, les conditions fixées à l'article L. 313-1.*~~ En cas d'interruption de travail, l'assuré doit envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai déterminé et, sous les sanctions prévues par décret, une lettre d'avis d'interruption de travail dont le modèle est fixé par arrêté ministériel et qui doit comporter la signature du médecin. Le directeur de la caisse primaire met en œuvre le dispositif de sanctions prévu à l'alinéa précédent.
Article actuel L. 332-1	**Article modifié L. 332-1**
L'action de l'assuré et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations ; pour le paiement des prestations de l'assurance maternité, elle se prescrit par deux ans à partir de la date de la première constatation médicale de la grossesse. L'action des ayants droit de l'assuré pour le paiement du capital prévu à l'article L. 361-1 se prescrit par deux ans à partir du jour du décès. Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou fausse déclaration.	L'action de l'assuré ~~*et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1*~~ pour le paiement des prestations **en espèces** de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations ; pour le paiement des prestations **en espèces** de l'assurance maternité, elle se prescrit par deux ans à partir de la date de la première constatation médicale de la grossesse. L'action des ayants droit de l'assuré pour le paiement du capital prévu à l'article L. 361-1 se prescrit par deux ans à partir du jour du décès. Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou fausse déclaration.
Article actuel L. 371-1	**Article actuel L. 371-1**
Le titulaire d'une rente ou d'une allocation allouée en vertu d'une des dispositions des législations sur les accidents du travail et maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles qui ne peut justifier des conditions prévues par les articles L. 313-1 et L. 341-2 et le décret pris pour leur application a droit ou ouvre droit, à condition, toutefois, que la rente ou l'allocation corresponde à une incapacité de travail au moins égale à un taux minimum : 1°) aux prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée, pour tout état de maladie ; 2°) aux prestations en nature de l'assurance maternité.	Le titulaire d'une rente ou d'une allocation allouée en vertu d'une des dispositions des législations sur les accidents du travail et maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles ~~*qui ne peut justifier des conditions prévues par les articles L. 313-1 et L. 341-2 et le décret pris pour leur application a droit ou ouvre droi, à conditiont, toutefois, que la rente ou l'allocation correspondante*~~ **qui correspond** à une incapacité de travail au moins égale à un taux minimum **a droit à la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité dans les conditions prévues à l'article L. 160-14.** ~~*1°) aux prestations en nature de l'assurance maladie,*~~

	~~*sans limitation de durée, pour tout état de maladie ;*~~ ~~*2°) aux prestations en nature de l'assurance maternité.*~~
Article actuel L. 371-2	**Article modifié L. 371-2**
Le bénéficiaire d'une rente ou d'une allocation de survivant d'une victime d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle allouée en vertu d'une des législations sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, applicables aux professions non agricoles, qui n'effectue aucun travail salarié et n'exerce aucune activité rémunératrice a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie, dans la mesure où il ne bénéficie pas déjà de ces prestations en vertu d'autres dispositions.	~~*Le bénéficiaire d'une rente ou d'une allocation de survivant d'une victime d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle allouée en vertu d'une des législations sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, applicables aux professions non agricoles, qui n'effectue aucun travail salarié et n'exerce aucune activité rémunératrice a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie, dans la mesure où il ne bénéficie pas déjà de ces prestations en vertu d'autres dispositions.*~~
Article actuel L. 371-3	**Article modifié L. 371-3**
L'assuré victime d'un accident du travail, tout en bénéficiant des dispositions de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, conserve pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident, ainsi qu'en cas de grossesse, ses droits aux prestations des titres II et III pour lui et les membres de sa famille, au sens de l'article L. 313-3, pourvu qu'il remplisse, lors de l'accident, les conditions fixées à l'article L. 313-1. Toutefois, l'assuré ne peut cumuler l'indemnité journalière due en vertu de la législation sur les accidents du travail et l'indemnité journalière prévue par les articles L. 323-4 et L. 331-3. A partir de la guérison ou de la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail, il reçoit l'indemnité journalière prévue par lesdits articles, sans déduction d'un délai de carence, si à cette date la durée de la maladie est déjà égale à ce délai.	L'assuré victime d'un accident du travail, tout en bénéficiant des dispositions de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, conserve pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident, ainsi qu'en cas de grossesse, ses droits aux prestations des titres II et III ~~*pour lui et les membres de sa famille, au sens de l'article L. 313-3*~~, pourvu qu'il remplisse, lors de l'accident, les conditions fixées à l'article L. 313-1. Toutefois, l'assuré ne peut cumuler l'indemnité journalière due en vertu de la législation sur les accidents du travail et l'indemnité journalière prévue par les articles L. 323-4 et L. 331-3. A partir de la guérison ou de la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail, il reçoit l'indemnité journalière prévue par lesdits articles, sans déduction d'un délai de carence, si à cette date la durée de la maladie est déjà égale à ce délai.
Article actuel L. 371-6	**Article modifié L. 371-6**
Les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaires continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre des articles L. 115 à L. 118 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, suivant les prescriptions desdits articles. Pour les maladies, blessures ou infirmités non visées par la législation sur les pensions militaires, ils jouissent, ainsi que les membres de leur famille, au sens de l'article L. 313-3 des prestations en nature de l'assurance maladie et bénéficient des indemnités journalières prévues au 4° de l'article L. 321-1 et au	Les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaires continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre des articles L. 115 à L. 118 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, suivant les prescriptions desdits articles. Pour les maladies, blessures ou infirmités non visées par la législation sur les pensions militaires, ils ~~*jouissent, ainsi que les membres de leur famille, au sens de l'article L. 313-3 des prestations en nature de l'assurance maladie et bénéficient*~~ **bénéficient de la prise en charge des frais de santé mentionnée à**

chapitre 3 du titre II du présent livre. Mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides. Dans le cas mentionné au premier alinéa, les indemnités journalières prévues à l'article L. 323-4 leur sont servies pendant des périodes déterminées, séparées par une interruption d'une durée minimale, sous réserve qu'ils remplissent les conditions d'attribution lors de chaque interruption de travail. Si la caisse conteste l'origine des maladies, blessures ou infirmités, il appartient aux assurés de faire la preuve que celles-ci ne relèvent pas de la législation sur les pensions militaires. Les dispositions du présent article et du titre II du présent livre ne sont pas applicables aux titulaires de pensions militaires qui bénéficient de l'indemnité de soins et auxquels tout travail est interdit.	**l'article L. 160-1 et** des indemnités journalières prévues ~~au 4° de~~ **à** l'article L. 321-1 et au chapitre 3 du titre II du présent livre. ~~Mais ils sont dispensés, pour eux personnellement,~~ **Ils sont dispensés** du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides. Dans le cas mentionné au premier alinéa, les indemnités journalières prévues à l'article L. 323-4 leur sont servies pendant des périodes déterminées, séparées par une interruption d'une durée minimale, sous réserve qu'ils remplissent les conditions d'attribution lors de chaque interruption de travail. Si la caisse conteste l'origine des maladies, blessures ou infirmités, il appartient aux assurés de faire la preuve que celles-ci ne relèvent pas de la législation sur les pensions militaires. Les dispositions du présent article et du titre II du présent livre ne sont pas applicables aux titulaires de pensions militaires qui bénéficient de l'indemnité de soins et auxquels tout travail est interdit.
Article actuel L. 381-3	**Article modifié L. 381-3**
Les dispositions du présent livre relatives à la couverture des risques de maladie et des charges de maternité sont étendues aux étudiants, dans les conditions fixées à la présente section.	~~Les dispositions du présent livre relatives à la couverture des risques de maladie et des charges de maternité sont étendues aux étudiants, dans les conditions fixées à la présente section.~~
Article actuel L. 381-7	**Article modifié L. 381-7**
Les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381-4, leurs conjoints ou enfants à charge, au sens de l'article L. 313-3, ont droit aux prestations en nature : 1°) de l'assurance maladie ; 2°) de l'assurance maternité.	~~Les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381-4, leurs conjoints ou enfants à charge, au sens de l'article L. 313-3, ont droit aux prestations en nature :~~ ~~1°) de l'assurance maladie ;~~ ~~2°) de l'assurance maternité.~~
Article actuel L. 381-9	**Article modifié L. 381-9**
Pour le service des prestations énumérées à l'article L. 381-7, il est fait appel à des sections ou correspondants locaux dont le rôle est assumé par des mutuelles ou sections de mutuelles d'étudiants régies par le code de la mutualité, dans les conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Les sections ou correspondants locaux visés au premier alinéa sont également compétents pour le service des prestations aux personnes mentionnées à l'article L. 161-14-1 qui sont élèves ou étudiants dans les établissements, écoles ou classes énumérés à l'article L. 381-4, à l'exclusion des enfants ayants droit des ressortissants du régime des travailleurs non	~~Pour le service des prestations énumérées à l'article L. 381-7, il est fait appel à des sections ou correspondants locaux dont le rôle est assumé par des mutuelles ou sections de mutuelles d'étudiants régies par le code de la mutualité, dans les conditions définies par décret en Conseil d'Etat.~~ ~~Les sections ou correspondants locaux visés au premier alinéa sont également compétents pour le service des prestations aux personnes mentionnées à l'article L. 161-14-1 qui sont élèves ou étudiants dans les établissements, écoles ou classes énumérés à l'article L. 381-4, à l'exclusion des enfants ayants droit des ressortissants du régime des travailleurs non salariés~~

salariés des professions non agricoles et des régimes spéciaux de sécurité sociale autres que ceux dont relèvent les fonctionnaires civils de l'Etat, les magistrats, les ouvriers de l'Etat et les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers. La création d'une section locale universitaire est obligatoire dans les établissements ou villes universitaires remplissant les conditions d'effectifs fixées par décret en Conseil d'Etat. Les organismes de sécurité sociale concourant au financement du régime étudiant sont représentés dans les conseils d'administration des sections locales suivant les modalités déterminées au décret en Conseil d'Etat. Les sections universitaires peuvent se grouper en unions ou fédérations.	*des professions non agricoles et des régimes spéciaux de sécurité sociale autres que ceux dont relèvent les fonctionnaires civils de l'Etat, les magistrats, les ouvriers de l'Etat et les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers.* *La création d'une section locale universitaire est obligatoire dans les établissements ou villes universitaires remplissant les conditions d'effectifs fixées par décret en Conseil d'Etat.* *Les organismes de sécurité sociale concourant au financement du régime étudiant sont représentés dans les conseils d'administration des sections locales suivant les modalités déterminées au décret en Conseil d'Etat.* *Les sections universitaires peuvent se grouper en unions ou fédérations.*
Article actuel L.381-10	**Article modifié L.381-10**
Les conseils d'administration des sections universitaires, de leurs unions ou fédérations désignent parmi leurs membres des représentants auprès des caisses de sécurité sociale, chargés de contrôler la comptabilité spéciale tenue pour les bénéficiaires mentionnés à la présente section et la stricte application, à leurs besoins, des fonds mentionnés à l'article L. 381-8.	*Les conseils d'administration des sections universitaires, de leurs unions ou fédérations désignent parmi leurs membres des représentants auprès des caisses de sécurité sociale, chargés de contrôler la comptabilité spéciale tenue pour les bénéficiaires mentionnés à la présente section et la stricte application, à leurs besoins, des fonds mentionnés à l'article L. 381-8.*
Article actuel L.381-11	**Article modifié L.381-11 d**
Les commissaires mentionnés à l'article L. 381-10 assistent à toutes les délibérations et sont consultés sur toute décision des administrateurs des organismes du régime général concernant la sécurité sociale des étudiants. Ils peuvent émettre toute suggestion ou voeu utile à son bon fonctionnement, notamment en matière de prévention et d'action sanitaire et sociale.	*Les commissaires mentionnés à l'article L. 381-10 assistent à toutes les délibérations et sont consultés sur toute décision des administrateurs des organismes du régime général concernant la sécurité sociale des étudiants. Ils peuvent émettre toute suggestion ou voeu utile à son bon fonctionnement, notamment en matière de prévention et d'action sanitaire et sociale.*
Article actuel L. 381-19	**Article modifié L. 381-19**
Les dispositions relatives aux prestations des assurances sociales s'appliquent aux bénéficiaires du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre dans les conditions et sous les réserves fixées à la présente section.	*Les dispositions relatives aux prestations des assurances sociales s'appliquent aux bénéficiaires du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre dans les conditions et sous les réserves fixées à la présente section.*
Article actuel L. 381-20	**Article modifié L. 381-20**
Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales : 1°) les bénéficiaires des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, titulaires d'une pension d'invalidité	*Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales :* *1°) les bénéficiaires des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, titulaires d'une pension d'invalidité*

correspondant à un taux minimum d'incapacité, qui ne sont pas assurés sociaux ;	~~correspondant à un taux minimum d'incapacité, qui ne sont pas assurés sociaux ;~~
2°) les veuves non remariées, bénéficiaires des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, qui ne sont pas assurées sociales ;	~~2°) les veuves non remariées, bénéficiaires des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, qui ne sont pas assurées sociales ;~~
3°) les orphelins de guerre mineurs titulaires d'une pension en vertu des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, lorsqu'ils ne sont pas assurés sociaux ou que la personne qui les a recueillis n'est pas elle-même assurée sociale ;	~~3°) les orphelins de guerre mineurs titulaires d'une pension en vertu des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, lorsqu'ils ne sont pas assurés sociaux ou que la personne qui les a recueillis n'est pas elle-même assurée sociale ;~~
4°) les orphelins de guerre majeurs titulaires d'une pension en vertu des dispositions de l'article L. 57 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. Dans ce dernier cas, ils doivent être reconnus incapables de travailler par la commission prévue à l'article L. 143-2 ;	~~4°) les orphelins de guerre majeurs titulaires d'une pension en vertu des dispositions de l'article L. 57 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. Dans ce dernier cas, ils doivent être reconnus incapables de travailler par la commission prévue à l'article L. 143-2 ;~~
5°) les aveugles de la Résistance, bénéficiaires de l'article L. 189 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;	~~5°) les aveugles de la Résistance, bénéficiaires de l'article L. 189 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;~~
6°) les victimes civiles de la guerre visées au 6° de l'article L. 136 bis du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;	~~6°) les victimes civiles de la guerre visées au 6° de l'article L. 136 bis du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;~~
7°) les ascendants pensionnés au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, ayant atteint un âge déterminé et ne relevant pas déjà d'un régime obligatoire d'assurance maladie.	~~7°) les ascendants pensionnés au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, ayant atteint un âge déterminé et ne relevant pas déjà d'un régime obligatoire d'assurance maladie.~~
Article actuel L. 381-21	**Article modifié L. 381-21**
Les bénéficiaires énumérés à l'article précédent sont affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie.	~~Les bénéficiaires énumérés à l'article précédent sont affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie.~~
Article actuel L. 381-22	**Article modifié L. 381-22**
Les personnes mentionnées à l'article L. 381-20, et, le cas échéant, leurs conjoints et leurs enfants à charge au sens de l'article L. 313-3 ont droit aux prestations en nature :	~~Les personnes mentionnées à l'article L. 381-20, et, le cas échéant, leurs conjoints et leurs enfants à charge au sens de l'article L. 313-3 ont droit aux prestations en nature :~~
1°) de l'assurance maladie ;	~~1°) de l'assurance maladie ;~~
2°) de l'assurance maternité.	~~2°) de l'assurance maternité.~~
Toutefois, ces prestations ne sont accordées aux personnes mentionnées au 1°) de l'article L. 381-20 que pour les maladies, blessures ou infirmités autres que celles ayant donné lieu à l'attribution de la pension militaire ; elles sont dispensées pour elles personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques ou autres mis à la charge des assurés malades.	~~Toutefois, ces prestations ne sont accordées aux personnes mentionnées au 1°) de l'article L. 381-20 que pour les maladies, blessures ou infirmités autres que celles ayant donné lieu à l'attribution de la pension militaire ; elles sont dispensées pour elles personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques ou autres mis à la charge des assurés malades.~~

Article actuel L. 381-26	Article modifié L. 381-26
Les titulaires des allocations ou secours mentionnés aux chapitres 1er et 3 du titre I du livre VIII qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9. Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.	~~*Les titulaires des allocations ou secours mentionnés aux chapitres 1er et 3 du titre I du livre VIII qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9.*~~ ~~*Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.*~~
Article actuel L. 381-27	**Article modifié L. 381-27**
Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés qui ne sont pas assujettis, à un autre titre, à un autre régime obligatoire d'assurance maladie ont droit, dans les conditions fixées par les titres II et III du présent livre, aux prestations des assurances maladie et maternité telles qu'elles sont prévues par les 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 et par l'article L. 331-2. Par dérogation au précédent alinéa, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés peuvent bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime de protection sociale des personnes salariées ou non salariées agricoles lorsque l'un de leurs parents y est affilié.	~~*Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés qui ne sont pas assujettis, à un autre titre, à un autre régime obligatoire d'assurance maladie ont droit, dans les conditions fixées par les titres II et III du présent livre, aux prestations des assurances maladie et maternité telles qu'elles sont prévues par les 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 et par l'article L. 331-2.*~~ ~~*Par dérogation au précédent alinéa, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés peuvent bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime de protection sociale des personnes salariées ou non salariées agricoles lorsque l'un de leurs parents y est affilié.*~~
Article actuel L. 381-28	**Article modifié L. 381-28**
Les bénéficiaires mentionnés à l'article L. 381-27 sont affiliés à une caisse primaire d'assurance maladie. Par dérogation au précédent alinéa, les personnes visées au deuxième alinéa de l'article L. 381-27 peuvent rester affiliées au régime de protection sociale des personnes salariées ou non salariées agricoles auquel l'un de leurs parents est affilié.	~~*Les bénéficiaires mentionnés à l'article L. 381-27 sont affiliés à une caisse primaire d'assurance maladie.*~~ ~~*Par dérogation au précédent alinéa, les personnes visées au deuxième alinéa de l'article L. 381-27 peuvent rester affiliées au régime de protection sociale des personnes salariées ou non salariées agricoles auquel l'un de leurs parents est affilié.*~~
Article actuel L. 381-30	**Article modifié L. 381-30**
Les personnes détenues sont affiliées obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération. Lorsque les personnes détenues bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine dans les conditions prévues aux sections 5,6 et 8 du chapitre II du titre II du livre V du code de procédure pénale exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, elles sont affiliées au régime	Les personnes détenues ~~*sont affiliées obligatoirement aux assurances maladie et maternité du*~~ **bénéficient de la prise en charge des frais de santé effectuée par le** régime général à compter de la date de leur incarcération. ~~*Lorsque*~~ **Par dérogation à l'alinéa précédant, lorsque** les personnes détenues bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine dans les conditions prévues aux sections 5,6 et 8 du chapitre II du titre II du livre V du code de procédure pénale exercent une activité

d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité. Sont affiliées en application du premier alinéa du présent article les personnes détenues mentionnées au deuxième alinéa lorsqu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou qu'elles ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des régimes d'assurance maladie et maternité du régime dont elles relèvent au titre de leur activité. Les dispositions de l'article L. 115-6 ne sont pas applicables aux détenus. Une participation peut être demandée, lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes, aux détenus assurés en vertu du premier alinéa ou à leurs ayants droit. Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, ~~elles sont affiliées au~~ **la prise en charge des frais de santé est effectuée par le** régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité. ~~Sont affiliées en application du premier alinéa du présent article les personnes détenues mentionnées au deuxième alinéa lorsqu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou qu'elles ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des régimes d'assurance maladie et maternité du régime dont elles relèvent au titre de leur activité.~~ Les dispositions de l'article L. 115-6 ne sont pas applicables aux détenus. Une participation peut être demandée, lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes, aux détenus assurés en vertu du premier alinéa ou à leurs ayants droit. Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Article actuel L. 381-30-1	**Article modifié L. 381-30-1**
Les détenus affiliés en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25-2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité. Ils sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par les assurances maladie et maternité du régime général, et pour la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 ainsi que pour le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 qui sont pris en charge par l'Etat selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5. Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1. Par dérogation au premier alinéa, les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes des prestations en nature des assurances maladie et maternité. Les dispositions de l'article L. 161-13 ne sont pas applicables aux détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2.	~~Les détenus affiliés en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25-2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité.~~ ~~Ils~~ **Les détenus** sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie ~~par les assurances maladie et maternité du~~ **par le** régime général, et pour la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 ainsi que pour le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 qui sont pris en charge par l'Etat selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5. Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1. ~~Par dérogation au premier alinéa, les~~ **Les** détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes ~~des prestations en nature des assurances~~ **de la prise en charge des frais de santé en cas de** maladie et maternité. Les dispositions de l'article L. 161-13 ne sont pas applicables aux détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par ~~les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2~~ **l'article L. 161-25-1**.

Article actuel L. 381-30-2	Article modifié L. 381-30-2
L'Etat est redevable d'une cotisation pour chaque détenu affilié en application de l'article L. 381-30. Cette cotisation est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire et d'un taux déterminés par décret en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale.	L'Etat est redevable d'une cotisation pour chaque détenu ~~*affilié en application*~~**, à l'exception de ceux mentionnés au deuxième alinéa** de l'article L. 381-30. Cette cotisation est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire et d'un taux déterminés par décret en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale.
Article actuel L. 381-30-5	**Article modifié L. 381-30-5**
I.- La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-16 lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées mentionné à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'ils sont dispensés aux personnes détenues soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du 12° de l'article L. 6112-1 du même code, ces soins sont financés selon les modalités de droit commun. II.- L'Etat assure la prise en charge de la part des dépenses de soins correspondant à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 322-2 due par les personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 380-30-1 ainsi que du forfait journalier institué par l'article L. 174-4. Pour les soins dispensés dans les établissements de santé, il verse les montants correspondants aux établissements concernés. Dans les autres cas, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la personne détenue assure le paiement de l'intégralité des frais de soins auprès des professionnels de santé dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations. L'Etat rembourse à la caisse la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.	I.- La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux personnes détenues ~~*affiliées en application du premier alinéa*~~**, à l'exception de celles mentionnées au deuxième alinéa** de l'article L. 381-30 est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-16 lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées mentionné à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'ils sont dispensés aux personnes détenues soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du 12° de l'article L. 6112-1 du même code, ces soins sont financés selon les modalités de droit commun. II.- L'Etat assure la prise en charge de la part des dépenses de soins correspondant à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 322-2 due par les personnes détenues ~~*affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 380-30-1*~~ **mentionnées au I** ainsi que du forfait journalier institué par l'article L. 174-4. Pour les soins dispensés dans les établissements de santé, il verse les montants correspondants aux établissements concernés. Dans les autres cas, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la personne détenue assure le paiement de l'intégralité des frais de soins auprès des professionnels de santé dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations. L'Etat rembourse à la caisse la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.
Article actuel L. 382-3	**Article modifié L. 382-3**
Les revenus tirés de leur activité d'auteur à titre principal ou à titre accessoire par les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 sont assujettis aux	Les revenus tirés de leur activité d'auteur à titre principal ou à titre accessoire par les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 sont assujettis aux

cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales dans les mêmes conditions que des salaires, sous réserve des adaptations prévues dans la présente section. Les cotisations dues au titre des assurances sociales pour les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 sont calculées selon les taux de droit commun. Les revenus servant de base au calcul des cotisations dues au titre du présent régime sont constitués du montant brut des droits d'auteur lorsque ces derniers sont assimilés fiscalement à des traitements et salaires par le 1 quater de l'article 93 du code général des impôts. Ils sont constitués du montant des revenus imposables au titre des bénéfices non commerciaux majorés de 15 % lorsque cette assimilation n'est pas applicable.	cotisations ~~*d'assurances sociales et d'allocations familiales*~~ **de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles** dans les mêmes conditions que des salaires, sous réserve des adaptations prévues dans la présente section. Les cotisations dues au titre des assurances sociales pour les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 sont calculées selon les taux de droit commun. Les revenus servant de base au calcul des cotisations dues au titre du présent régime sont constitués du montant brut des droits d'auteur lorsque ces derniers sont assimilés fiscalement à des traitements et salaires par le 1 quater de l'article 93 du code général des impôts. Ils sont constitués du montant des revenus imposables au titre des bénéfices non commerciaux majorés de 15 % lorsque cette assimilation n'est pas applicable.
Article L. 382-14-1 actuel	**Article modifié L. 382-14-1 modifié**
Les revenus versés en application de l'article L. 132-42 du code de la propriété intellectuelle sont assujettis aux cotisations dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales dans les conditions prévues au présent chapitre.	Les revenus versés en application de l'article L. 132-42 du code de la propriété intellectuelle sont assujettis aux cotisations ~~*dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales*~~ **de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles,** dans les conditions prévues au présent chapitre.
Article actuel L. 382-21	**Article modifié L. 382-21**
Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-15 ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. Les membres des congrégations et des collectivités religieuses peuvent, sur leur demande, être admis à bénéficier d'un régime particulier comportant des cotisations et des prestations réduites. Ces prestations sont limitées à la couverture des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure publics et privés. L'option pour le régime particulier est valable pour une durée déterminée ; elle est renouvelable. Un décret détermine les modalités d'application des trois derniers alinéas ci-dessus.	Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-15 ~~*ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité*~~ **bénéficient de la prise en charge des frais de santé dans les conditions prévues au livre Ier**. Les membres des congrégations et des collectivités religieuses peuvent, sur leur demande, être admis à bénéficier d'un régime particulier comportant des cotisations et des prestations réduites. Ces prestations sont limitées à la couverture des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure publics et privés. L'option pour le régime particulier est valable pour une durée déterminée ; elle est renouvelable. Un décret détermine les modalités d'application des trois derniers alinéas ci-dessus.
Article actuel L. 432-1	**Article modifié L. 432-1**

Les caisses versent directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, le montant des prestations fixées aux 1° et 3° de l'article L. 431-1. Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par la caisse à la victime dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 321-1. Les dispositions du II et du III de l'article L. 322-2 sont applicables aux bénéficiaires du présent livre.	Les caisses versent directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, le montant des prestations fixées aux 1° et 3° de l'article L. 431-1. Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par la caisse à la victime dans les conditions prévues par le 2° de l'article ~~*L. 321-1*~~ **L. 160-8**. Les dispositions du II et du III de l'article ~~*L. 322-2*~~ **L. 160-13** sont applicables aux bénéficiaires du présent livre.
Article actuel L.453-1	**Article modifié L.453-1**
Ne donne lieu à aucune prestation ou indemnité, en vertu du présent livre, l'accident résultant de la faute intentionnelle de la victime. Celle-ci peut éventuellement prétendre aux prestations dans les conditions prévues au livre III sous réserve des dispositions de l'article L. 375-1. Lors de la fixation de la rente, le conseil d'administration de la caisse ou le comité ayant reçu délégation à cet effet peut, s'il estime que l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime, diminuer la rente prévue au titre III du présent livre, sauf recours du bénéficiaire devant la juridiction compétente. Lorsque l'accident a été causé intentionnellement par un des ayants droit de la victime mentionnés aux articles L. 434-7 et suivants, celui-ci est déchu de tous ses droits au regard du présent livre. Ces droits sont transférés sur la tête des enfants et descendants mentionnés à l'article L. 434-10, ou, à défaut, sur la tête des autres ayants droit.	Ne donne lieu à aucune prestation ou indemnité, en vertu du présent livre, l'accident résultant de la faute intentionnelle de la victime. Celle-ci peut éventuellement prétendre ~~*aux prestations dans les conditions prévues au livre III*~~ **à la prise en charge des frais de santé prévue au titre VI du livre Ier** ous réserve des dispositions de l'article L. 375-1. Lors de la fixation de la rente, le conseil d'administration de la caisse ou le comité ayant reçu délégation à cet effet peut, s'il estime que l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime, diminuer la rente prévue au titre III du présent livre, sauf recours du bénéficiaire devant la juridiction compétente. Lorsque l'accident a été causé intentionnellement par un des ayants droit de la victime mentionnés aux articles L. 434-7 et suivants, celui-ci est déchu de tous ses droits au regard du présent livre. Ces droits sont transférés sur la tête des enfants et descendants mentionnés à l'article L. 434-10, ou, à défaut, sur la tête des autres ayants droit.
Article actuel L.512-1	**Article modifié L.512-1**
Toute personne française ou étrangère résidant en France, ayant à sa charge un ou plusieurs enfants résidant en France, bénéficie pour ces enfants des prestations familiales dans les conditions prévues par le présent livre sous réserve que ce ou ces derniers ne soient pas bénéficiaires, à titre personnel, d'une ou plusieurs prestations familiales, de l'allocation de logement sociale ou de l'aide personnalisée au logement. Le précédent alinéa ne s'applique pas aux travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire ainsi qu'aux personnes à leur charge, sous réserve de stipulation	Toute personne française ou étrangère résidant en France **au sens de l'article L.111-2-3**, ayant à sa charge un ou plusieurs enfants résidant en France, bénéficie pour ces enfants des prestations familiales dans les conditions prévues par le présent livre sous réserve que ce ou ces derniers ne soient pas bénéficiaires, à titre personnel, d'une ou plusieurs prestations familiales, de l'allocation de logement sociale ou de l'aide personnalisée au logement. Le précédent alinéa ne s'applique pas aux travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire ainsi qu'aux personnes à leur charge, sous réserve de stipulation

particulière de cette convention.	particulière de cette convention.
Article L. 611-12 actuel	**Article L. 611-12 modifié**
I. - Les caisses de base sont administrées par un conseil d'administration composé de membres élus pour six ans au suffrage universel direct par les assurés bénéficiaires des prestations maladie et par les cotisants et retraités de l'assurance vieillesse des artisans et des industriels et commerçants, choisis au sein de ces catégories. Le conseil d'administration ainsi composé doit comprendre en nombre égal des représentants du groupe professionnel des artisans et de celui des industriels et commerçants. Dans les caisses de base propres au groupe professionnel des professions libérales, le conseil d'administration est composé de représentants élus pour six ans par les assurés du groupe des professions libérales bénéficiaires de l'assurance maladie. Toute personne ne bénéficie que d'une voix même si elle appartient à plusieurs des catégories précédemment mentionnées. Dans les conseils d'administration de toutes les caisses, le nombre des administrateurs retraités est, pour chaque groupe professionnel, au plus égal au tiers des administrateurs élus. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les modalités selon lesquelles les caisses mentionnées aux premier et troisième alinéas peuvent, dans les départements d'outre-mer, être réunies en une seule caisse. II. - Le conseil d'administration peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à chaque groupe de professions. III. - Une même personne ne peut être membre du conseil d'administration de plusieurs caisses de base du régime social des indépendants.	I. - Les caisses de base sont administrées par un conseil d'administration composé de membres élus pour six ans au suffrage universel direct ~~*par les assurés bénéficiaires des prestations maladie et par les cotisants et*~~ **les cotisants au titre de leur activité professionnelle et les** retraités de l'assurance vieillesse des artisans et des industriels et commerçants, choisis au sein de ces catégories. Le conseil d'administration ainsi composé doit comprendre en nombre égal des représentants du groupe professionnel des artisans et de celui des industriels et commerçants. Dans les caisses de base propres au groupe professionnel des professions libérales, le conseil d'administration est composé de représentants élus pour six ans par les assurés du groupe des professions libérales bénéficiaires de l'assurance maladie. Toute personne ne bénéficie que d'une voix même si elle appartient à plusieurs des catégories précédemment mentionnées. Dans les conseils d'administration de toutes les caisses, le nombre des administrateurs retraités est, pour chaque groupe professionnel, au plus égal au tiers des administrateurs élus. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les modalités selon lesquelles les caisses mentionnées aux premier et troisième alinéas peuvent, dans les départements d'outre-mer, être réunies en une seule caisse. II. - Le conseil d'administration peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à chaque groupe de professions. III. - Une même personne ne peut être membre du conseil d'administration de plusieurs caisses de base du régime social des indépendants
Article actuel L. 611-20	**Article modifié L. 611-20**
La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés	La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés

d'assurance. La Caisse nationale peut confier le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le service des prestations maladie, maternité prévues par le présent titre aux bénéficiaires d'allocations ou de pensions de retraite dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 131-1, à des organismes régis, ou bien par le code de la mutualité, ou bien par le présent code, ou bien par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.	d'assurance. ~~*La Caisse nationale peut confier le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le service des prestations maladie, maternité prévues par le présent titre aux bénéficiaires d'allocations ou de pensions de retraite dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 131-1, à des organismes régis, ou bien par le code de la mutualité, ou bien par le présent code, ou bien par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.*~~
Article actuel L. 611-21	**Article modifié L. 611-21**
Les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 concluent une convention avec la Caisse nationale du régime social des indépendants dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat, lequel détermine également les modalités selon lesquelles les assurés expriment leur choix entre ces organismes et, à défaut, sont affiliés d'office à l'un d'eux. La responsabilité financière de ces organismes peut être engagée, dans des conditions fixées par décret, à l'occasion des opérations qui leur sont confiées par la Caisse nationale en application du même article. Afin de mettre en oeuvre la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 611-7, une convention nationale d'objectifs et de moyens est conclue, pour la même durée, entre la Caisse nationale et les organes nationaux représentant les organismes mentionnés à l'article L. 611-20. La mise en oeuvre de la convention nationale d'objectifs et de moyens fait l'objet de contrats locaux d'objectifs et de moyens conclus entre les organes nationaux mentionnés à l'alinéa précédent et les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 qui leur sont affiliés.	~~*Les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 concluent une convention avec la Caisse nationale du régime social des indépendants dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat, lequel détermine également les modalités selon lesquelles les assurés expriment leur choix entre ces organismes et, à défaut, sont affiliés d'office à l'un d'eux.*~~ ~~*La responsabilité financière de ces organismes peut être engagée, dans des conditions fixées par décret, à l'occasion des opérations qui leur sont confiées par la Caisse nationale en application du même article.*~~ ~~*Afin de mettre en oeuvre la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 611-7, une convention nationale d'objectifs et de moyens est conclue, pour la même durée, entre la Caisse nationale et les organes nationaux représentant les organismes mentionnés à l'article L. 611-20.*~~ ~~*La mise en oeuvre de la convention nationale d'objectifs et de moyens fait l'objet de contrats locaux d'objectifs et de moyens conclus entre les organes nationaux mentionnés à l'alinéa précédent et les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 qui leur sont affiliés.*~~
Article actuel L. 611-22	**Article modifié L. 611-22**
En l'absence de conclusion de la convention nationale mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 611-21, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe, dans des conditions prévues par décret, les objectifs et les moyens applicables aux organismes mentionnés à l'article L. 611-20 pour l'exercice des opérations qui leur sont confiées en application du premier alinéa de cet article.	~~*En l'absence de conclusion de la convention nationale mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 611-21, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe, dans des conditions prévues par décret, les objectifs et les moyens applicables aux organismes mentionnés à l'article L. 611-20 pour l'exercice des opérations qui leur sont confiées en application du premier alinéa de cet article.*~~
Chapitre III « Champ d'application et protection maladie »	
Article actuel L. 613-1	**Article modifié L. 613-1**

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 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 ;	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 ;	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 à un montant fixé par décret ;	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 à un montant fixé par décret ;
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 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.	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 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 actuel L. 613-3	**Article modifié L. 613-3**
Les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 613-1 ci-dessus qui, au 31 décembre 1968, ou au 10 juillet 1970 en ce qui concerne les débitants de tabac, bénéficiaient, en qualité de membre de la famille d'un assuré d'un régime de salariés, des prestations en nature dudit régime ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et continuent à bénéficier desdites prestations aussi longtemps qu'ils remplissent les conditions requises pour l'octroi de celles-ci. Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 613-1 ci-dessus bénéficiant, au 31 décembre 1968 ou au 10 juillet 1970 en ce qui concerne les anciens débitants de tabacs, en qualité de la famille d'un assuré, des prestations en nature d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie continuent à relever de ce régime aussi longtemps qu'ils remplissent les conditions exigées pour bénéficier des prestations de celui-ci.	~~*Les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 613-1 ci-dessus qui, au 31 décembre 1968, ou au 10 juillet 1970 en ce qui concerne les débitants de tabac, bénéficiaient, en qualité de membre de la famille d'un assuré d'un régime de salariés, des prestations en nature dudit régime ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et continuent à bénéficier desdites prestations aussi longtemps qu'ils remplissent les conditions requises pour l'octroi de celles-ci.*~~ ~~*Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 613-1 ci-dessus bénéficiant, au 31 décembre 1968 ou au 10 juillet 1970 en ce qui concerne les anciens débitants de tabacs, en qualité de la famille d'un assuré, des prestations en nature d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie continuent à relever de ce régime aussi longtemps qu'ils remplissent les conditions exigées pour bénéficier des prestations de celui-ci.*~~
Article actuel L. 613-7	**Article modifié L. 613-7**
Les personnes bénéficiaires d'un avantage de retraite ou d'une pension d'invalidité, exerçant une activité professionnelle, sont affiliées et cotisent simultanément au régime d'assurance maladie dont relève leur avantage ou leur pension et à celui dont relève leur activité. Le droit aux prestations en nature est ouvert dans l'un ou l'autre de ces régimes, selon des modalités définies par décret.	Les personnes bénéficiaires d'un avantage de retraite ou d'une pension d'invalidité, exerçant une activité professionnelle, sont affiliées et cotisent simultanément au régime d'assurance maladie dont relève leur avantage ou leur pension et à celui dont relève leur activité. ~~*Le droit aux prestations en nature est ouvert dans*~~ **La prise en charge des frais de santé est effectuée par** l'un ou l'autre de ces régimes, selon des modalités définies par décret.
Article actuel L. 613-10	**Article modifié L. 613-10**
Peuvent bénéficier des prestations prévues à l'article L. 613-9 ci-dessus : 1°) l'assuré ; 2°) le conjoint de l'assuré, sous réserve qu'il ne soit pas couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ; 3°) les autres membres de la famille de l'assuré, tels que définis aux 2°, 3° et 4° de l'article L. 313-3 ; 4°) la personne vivant maritalement avec un assuré et qui remplit les conditions mentionnées à l'article L. 161-14.	~~*Peuvent bénéficier des prestations prévues à l'article L. 613-9 ci-dessus :*~~ ~~*1°) l'assuré ;*~~ ~~*2°) le conjoint de l'assuré, sous réserve qu'il ne soit pas couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ;*~~ ~~*3°) les autres membres de la famille de l'assuré, tels que définis aux 2°, 3° et 4° de l'article L. 313-3 ;*~~ ~~*4°) la personne vivant maritalement avec un assuré et qui remplit les conditions mentionnées à l'article L. 161-14.*~~

Article L. 613-14 actuel	**Article modifié L. 613-14**
Les prestations de base servies aux ressortissants du régime institué par le présent livre en cas de maladie ou d'accident sont celles prévues aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 7°, 8° et 9° de l'article L. 321-1 et, en cas de maternité, celles prévues à l'article L. 331-2. A cet effet, il est fait application des dispositions prévues aux articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 332-1 à L. 332-3. Les assurés malades ou blessés de guerre, relevant du présent livre, qui bénéficient, au titre de la législation des pensions militaires, d'une pension d'invalidité sont dispensés pour eux personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres pour les maladies, blessures ou infirmités non mentionnées par la législation sur les pensions militaires.	~~*Les prestations de base servies aux ressortissants du régime institué par le présent livre en cas de maladie ou d'accident sont celles prévues aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 7°, 8° et 9° de l'article L. 321-1 et, en cas de maternité, celles prévues à l'article L. 331-2.*~~ ~~*A cet effet, il est fait application des dispositions prévues aux articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 332-1 à L. 332-3.*~~ **La prise en charge des frais de santé des ressortissants du régime institué par le présent livre est assurée, en cas de maladie, de maternité et d'accident, dans les conditions définies aux articles L. 160-7 à L. 160-15 et L. 332-2.** Les assurés malades ou blessés de guerre, relevant du présent livre, qui bénéficient, au titre de la législation des pensions militaires, d'une pension d'invalidité sont dispensés pour eux personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres pour les maladies, blessures ou infirmités non mentionnées par la législation sur les pensions militaires.
Article actuel L. 712-6	**Article modifié L. 712-6**
Les fonctionnaires reçoivent les prestations en nature des assurances maladie, maternité, invalidité, dans les conditions prévues au livre III et par l'organe des mutuelles ou sections de mutuelles régies par le code de la mutualité constituées entre fonctionnaires ou des unions de ces organismes qui reçoivent compétence à cet effet, pour l'ensemble des fonctionnaires d'une ou plusieurs administrations dans une même circonscription. Par dérogation à l'alinéa précédent, le service des prestations aux personnes mentionnées à l'article L. 161-14-1 est assuré par les organismes mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 381-9.	~~*Les fonctionnaires reçoivent les prestations en nature des assurances maladie, maternité, invalidité, dans les conditions prévues au livre III et par l'organe des mutuelles ou sections de mutuelles régies par le code de la mutualité constituées entre fonctionnaires ou des unions de ces organismes qui reçoivent compétence à cet effet, pour l'ensemble des fonctionnaires d'une ou plusieurs administrations dans une même circonscription.*~~ ~~*Par dérogation à l'alinéa précédent, le service des prestations aux personnes mentionnées à l'article L. 161-14-1 est assuré par les organismes mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 381-9.*~~
Article actuel L. 712-7	**Article modifié L. 712-7**
Les mutuelles ou sections de mutuelles ou unions de ces organismes prévues à l'article L. 712-6 reçoivent, des caisses d'assurance maladie, les fonds nécessaires au service des prestations et justifient auxdites caisses de l'emploi des fonds reçus.	~~*Les mutuelles ou sections de mutuelles ou unions de ces organismes prévues à l'article L.712-6 reçoivent, des caisses d'assurance maladie, les fonds nécessaires au service des prestations et justifient auxdites caisses de l'emploi des fonds reçus.*~~
Article actuel L. 712-8	**Article modifié L. 712-8**

Au cas où, dans une ou plusieurs administrations d'une même circonscription, il ne peut être constitué une mutuelle ou section de mutuelle ou union de ces organismes comptant un effectif de fonctionnaires fixé par décret, les mutuelles, sections ou unions existantes sont habilitées de plein droit à exercer le rôle de correspondant de la caisse d'assurance maladie pour leurs membres. Elles peuvent être habilitées à exercer le rôle de correspondant pour des fonctionnaires autres que leurs membres.	~~*Au cas où, dans une ou plusieurs administrations d'une même circonscription, il ne peut être constitué une mutuelle ou section de mutuelle ou union de ces organismes comptant un effectif de fonctionnaires fixé par décret, les mutuelles, sections ou unions existantes sont habilitées de plein droit à exercer le rôle de correspondant de la caisse d'assurance maladie pour leurs membres. Elles peuvent être habilitées à exercer le rôle de correspondant pour des fonctionnaires autres que leurs membres.*~~
Article actuel L. 713-1-1	**Article modifié L. 713-1-1**
Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les personnes relevant de la caisse prévue à l'article L. 713-19 bénéficient des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général de sécurité sociale et restent affiliées au régime des militaires.	Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les personnes relevant de la caisse prévue à l'article L. 713-19 bénéficient ~~*des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général de sécurité sociale*~~ **de la prise en charge des frais de santé dans les conditions mentionnées au livre Ier** et restent affiliées au régime des militaires.
Article actuel L. 713-9	**Article modifié L. 713-9**
En cas de guerre, le bénéfice des prestations prévues par le présent chapitre continue à être accordé aux familles et aux retraités mais cesse d'être accordé au militaire lui-même ou au retraité rappelé à l'activité.	En cas de guerre, le bénéfice des prestations prévues par le présent chapitre continue à être accordé ~~*aux familles*~~ **aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2** et aux retraités mais cesse d'être accordé au militaire lui-même ou au retraité rappelé à l'activité.
Article actuel L. 713-10	**Article modifié L. 713-10**
Les dispositions du présent chapitre s'appliquent également aux familles des militaires servant hors du territoire métropolitain à condition qu'elles résident dans la métropole. Des décrets fixent les mesures d'extension ou d'adaptation du présent chapitre aux assujettis mentionnés au 1° de l'article L. 713-1 qui résident hors du territoire métropolitain.	Les dispositions du présent chapitre s'appliquent également ~~*aux familles*~~ **aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2** des militaires servant hors du territoire métropolitain à condition ~~*qu'elles*~~ **qu'ils** résident dans la métropole. Des décrets fixent les mesures d'extension ou d'adaptation du présent chapitre aux assujettis mentionnés au 1° de l'article L. 713-1 qui résident hors du territoire métropolitain.
Article actuel L. 713-16	**Article modifié L. 713-16**
Les prestations en nature dispensées par l'organisation de la sécurité sociale en contrepartie des services rendus par les services de santé militaires donneront lieu à annulation de dépenses au titre des chapitres budgétaires intéressés selon des modalités fixées par arrêté interministériel.	Les prestations ~~*en nature*~~ dispensées par l'organisation de la sécurité sociale en contrepartie des services rendus par les services de santé militaires donneront lieu à annulation de dépenses au titre des chapitres budgétaires intéressés selon des modalités fixées par arrêté interministériel.

Article actuel L. 752-1	**Article modifié L. 752-1**
L'organisation technique et financière de la sécurité sociale comprend notamment dans chacun des départements mentionnés à l'article L. 751-1, une caisse générale de sécurité sociale et une caisse d'allocations familiales dont le siège est fixé par arrêté interministériel. Sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale les dispositions des articles L. 211-3 à L. 211-5, L. 211-7, L. 215-4, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6, L. 711-1 et L. 731-1. Sont applicables aux caisses d'allocations familiales les dispositions des articles L. 211-7, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6 et L. 711-1.	~~*L'organisation technique et financière de la sécurité sociale comprend notamment dans chacun des départements mentionnés à l'article L. 751-1, une caisse générale de sécurité sociale et une caisse d'allocations familiales dont le siège est fixé par arrêté interministériel.*~~ ~~*Sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale les dispositions des articles L. 211-3 à L. 211-5, L. 211-7, L. 215-4, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6, L. 711-1 et L. 731-1.*~~ ~~*Sont applicables aux caisses d'allocations familiales les dispositions des articles L. 211-7, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6 et L. 711-1.*~~
Article actuel L. 861-1	**Article modifié L. 861-1**
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. 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	Les personnes ~~*résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1*~~ **bénéficiant de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1**, 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. 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

sociale, peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire, dans les conditions définies à l'article L. 861-3 du présent code.	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 du présent code.
Article actuel L. 861-2	**Article modifié L. 861-2**
L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'Etat, est déterminé en pourcentage du montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active dont les ressources, appréciées selon les dispositions prises en application de l'article L. 262-3 du code de l'action sociale et des familles, n'excèdent pas le montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du même code. Les bénéficiaires des dispositions du présent titre qui sont affiliés sur critère de résidence au régime général sont exonérés de la cotisation prévue à l'article L. 380-2.	L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'Etat, est déterminé en pourcentage du montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active dont les ressources, appréciées selon les dispositions prises en application de l'article L. 262-3 du code de l'action sociale et des familles, n'excèdent pas le montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du même code. ~~*Les bénéficiaires des dispositions du présent titre qui sont affiliés sur critère de résidence au régime général sont exonérés de la cotisation prévue à l'article L. 380-2.*~~
Article actuel L. 861-3	**Article modifié L. 861-3**
Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles : 1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des	Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles : 1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article ~~*l'article L. 322-2*~~ **l'article L. 160-13** pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure

personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ; 2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ; 3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel. La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé. L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge. Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit. Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.	toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ; 2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ; 3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel. La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé. L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge. Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit. Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur

	unique pour l'ensemble de la procédure.
Article actuel L. 861-5	**Article modifié L. 861-5**
La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modéle défini par décret en Conseil d'Etat. Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu et dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée. Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées. Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.	La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modéle défini par décret en Conseil d'Etat. Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu et dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée. Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues ~~*aux articles L. 380-1 et L. 861-1*~~ **à l'article L. 861-1**. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées. Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.
Article actuel L. 871-1	**Article modifié L. 871-1**
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	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 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, 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, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4. Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins instauré par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge 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, notamment les dispositifs	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*~~ **l'article L. 160-13** 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, 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*~~ **l'article L. 160-13** pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4. Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins instauré par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge 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

d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.	admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.
Code rural et de la pêche maritime	
Article actuel L. 722-10 du code rural et de la pêche maritime	**Article actuel L. 722-10 du code rural et de la pêche maritime**
Les dispositions relatives à l'assurance obligatoire maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles sont applicables, sous réserve des traités et accords internationaux : 1° Aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 722-4 à condition que l'exploitation ou l'entreprise soit située sur le territoire métropolitain et qu'elle ait au moins l'importance définie à l'article L. 722-5, sous réserve des dérogations prévues aux articles L. 722-6 et L. 722-7. Sont assimilées aux chefs d'exploitation mentionnés à l'alinéa précédent pour le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, les personnes ayant cessé leur activité non salariée agricole et qui répondent à des conditions d'âge et de durée d'activité professionnelle fixées par décret. Le maintien de ces droits leur est assuré jusqu'à l'âge auquel elles peuvent prétendre à bénéficier de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18 ; 2° Aux aides familiaux non salariés et associés d'exploitation, définis par l'article L. 321-6, des chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1°. Par aides familiaux, on entend les ascendants, descendants, frères, soeurs et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint, âgés de plus de seize ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés. La personne qui devient aide familial à compter du 18 mai 2005 ne peut conserver cette qualité plus de cinq ans ; 3° Aux anciens exploitants et à leurs conjoints titulaires de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18, ainsi qu'aux titulaires de la pension de retraite forfaitaire prévue à l'article L. 732-34 ; 4° a) Aux conjoints des personnes visées aux 1°,2°,3°,5°,6° et 7° du présent article, ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5, sous réserve qu'ils ne soient pas couverts à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie, maternité ; b) Aux enfants de moins de seize ans à la charge des	Les dispositions relatives à l'assurance obligatoire maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles sont applicables, sous réserve des traités et accords internationaux : 1° Aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 722-4 à condition que l'exploitation ou l'entreprise soit située sur le territoire métropolitain et qu'elle ait au moins l'importance définie à l'article L. 722-5, sous réserve des dérogations prévues aux articles L. 722-6 et L. 722-7. Sont assimilées aux chefs d'exploitation mentionnés à l'alinéa précédent pour le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, les personnes ayant cessé leur activité non salariée agricole et qui répondent à des conditions d'âge et de durée d'activité professionnelle fixées par décret. Le maintien de ces droits leur est assuré jusqu'à l'âge auquel elles peuvent prétendre à bénéficier de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18 ; 2° Aux aides familiaux non salariés et associés d'exploitation, définis par l'article L. 321-6, des chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1°. Par aides familiaux, on entend les ascendants, descendants, frères, soeurs et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint, âgés de plus de seize ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés. La personne qui devient aide familial à compter du 18 mai 2005 ne peut conserver cette qualité plus de cinq ans ; 3° Aux anciens exploitants et à leurs conjoints titulaires de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18, ainsi qu'aux titulaires de la pension de retraite forfaitaire prévue à l'article L. 732-34 ; 4° a) ~~*Aux conjoints des personnes visées aux 1°,2°,3°,5°,6° et 7° du présent article*~~ **personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé par application des dispositions de l'article L. 160-17**, ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5, sous réserve qu'ils ne soient pas couverts à titre

personnes visées aux 1°,2°,3°,5°,6° et 7° du présent article ou de leur conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels reconnus ou non, recueillis, adoptifs ou pupilles de la nation dont l'assuré est le tuteur. Sont assimilés aux enfants de moins de seize ans : -ceux de moins de vingt ans qui poursuivent leurs études, cette limite d'âge pouvant être reculée dans des conditions fixées par voie réglementaire pour les enfants ayant dû interrompre leurs études pour cause de maladie, -ceux de moins de vingt ans qui sont, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunératrice, -ceux de moins de vingt ans qui bénéficient de l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale ; 5° Aux membres non salariés de toute société, quelles qu'en soient la forme et la dénomination, lorsque ces membres consacrent leur activité, pour le compte de la société, à une exploitation ou entreprise agricole située sur le territoire métropolitain, lesdites sociétés étant assimilées, pour l'application du présent régime, aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° ; 6° Aux titulaires des pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1er avril 2002 ; 7° Aux titulaires des rentes mentionnées à l'article L. 752-6.	personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie, maternité ; b) ~~*Aux enfants de moins de seize ans à la charge des personnes visées aux 1°,2°,3°,5°,6° et 7° du présent article ou de leur conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels reconnus ou non, recueillis, adoptifs ou pupilles de la nation dont l'assuré est le tuteur*~~ **Aux enfants qui répondent aux conditions mentionnées à l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale.** Sont assimilés aux enfants de moins de seize ans : -ceux de moins de vingt ans qui poursuivent leurs études, cette limite d'âge pouvant être reculée dans des conditions fixées par voie réglementaire pour les enfants ayant dû interrompre leurs études pour cause de maladie, -ceux de moins de vingt ans qui sont, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunératrice, -ceux de moins de vingt ans qui bénéficient de l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale ; 5° Aux membres non salariés de toute société, quelles qu'en soient la forme et la dénomination, lorsque ces membres consacrent leur activité, pour le compte de la société, à une exploitation ou entreprise agricole située sur le territoire métropolitain, lesdites sociétés étant assimilées, pour l'application du présent régime, aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° ; 6° Aux titulaires des pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1er avril 2002 ; 7° Aux titulaires des rentes mentionnées à l'article L. 752-6.
Article actuel L. 722-11	**Article actuel L. 722-11**
Ne sont pas assujettis au régime d'assurance obligatoire institué par le présent paragraphe 2 les parlementaires, les anciens parlementaires jouissant à ce titre de leur droit à la retraite, ainsi que les invalides, veuves et orphelins de guerre mentionnés aux articles L. 381-19 et L. 381-20 du code de la sécurité sociale. Toutefois, les personnes mentionnées à l'alinéa précédent peuvent demander aux caisses de mutualité sociale agricole le bénéfice des dispositions de la loi n° 77-773 du 12 juillet 1977 tendant à l'abaissement de l'âge de la retraite pour les anciens déportés ou internés, sans autre condition que celles prévues par cette dernière loi.	Ne sont pas assujettis au régime d'assurance obligatoire institué par le présent paragraphe 2 les parlementaires, les anciens parlementaires jouissant à ce titre de leur droit à la retraite, ainsi que les invalides, veuves et orphelins de guerre ~~*mentionnés aux articles L. 381-19 et L. 381-20 du code de la sécurité sociale*~~. Toutefois, les personnes mentionnées à l'alinéa précédent peuvent demander aux caisses de mutualité sociale agricole le bénéfice des dispositions de la loi n° 77-773 du 12 juillet 1977 tendant à l'abaissement de l'âge de la retraite pour les anciens déportés ou internés, sans autre condition que celles prévues par cette dernière loi.
Article actuel L. 742-3	**Article actuel L. 742-3**
Les caisses de mutualité sociale agricole servent aux salariés agricoles et à leurs ayants droit en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse, de veuvage et de décès, les prestations prévues par le	Les caisses de mutualité sociale agricole servent aux salariés agricoles et à leurs ayants droit en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse, de veuvage et de décès, les prestations prévues par le

code de la sécurité sociale. A cet effet, sont applicables au régime des assurances sociales agricoles : 1° L'article L. 173-7 du code de la sécurité sociale, les dispositions suivantes du livre III du code de la sécurité sociale : articles L. 311-5, L. 311-9, L. 311-10, chapitres III, IV et V du titre Ier, titre II à l'exception de l'article L. 321-3 et du chapitre V, titres III et IV, titre V à l'exception du 7° de l'article L. 351-3 et du chapitre VII, titre VI, titre VII, article L. 383-1. Pour l'application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale, la référence : " l'article L. 411-1 " est remplacée par la référence : " au premier alinéa de l'article L. 751-6 du code rural et de la pêche maritime" ; 2° Le titre VIII du livre IV du code de la sécurité sociale à l'exclusion des articles L. 482-1 à L. 482-4. Pour l'application de ces dispositions, la référence au régime général est remplacée par la référence au régime des assurances sociales agricoles et les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg.	code de la sécurité sociale. A cet effet, sont applicables au régime des assurances sociales agricoles : 1° ~~*L'article L. 173-7*~~ **Les dispositions du chapitre préliminaire du livre I du code de la sécurité sociale à l'exception des articles L. 160-5 et L.160-23, l'article L. 173-7** du code de la sécurité sociale, les dispositions suivantes du livre III du code de la sécurité sociale : articles L. 311-5, ~~*L. 311-9, L. 311-10,*~~ chapitres III, IV et V du titre Ier, titre II à l'exception de l'article L. 321-3 et du chapitre V, titres III et IV, titre V à l'exception du 7° de l'article L. 351-3 et du chapitre VII, titre VI, titre VII, article L. 383-1. Pour l'application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale, la référence : " l'article L. 411-1 " est remplacée par la référence : " au premier alinéa de l'article L. 751-6 du code rural et de la pêche maritime" ; 2° Le titre VIII du livre IV du code de la sécurité sociale à l'exclusion des articles L. 482-1 à L. 482-4. Pour l'application de ces dispositions, la référence au régime général est remplacée par la référence au régime des assurances sociales agricoles et les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg.
Code de l'action sociale et des familles	
Article actuel L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles	**Article L. 251-1 modifié du code de l'action sociale et des familles**
Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat. En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle. De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat, dans des conditions définies par décret.	Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, ~~*pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3*~~ de ce code, à l'aide médicale de l'Etat **pour lui-même et pour :** **1° Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 161-1 ;** **2° Les personnes non visées aux 1° et 2° du présent article vivant depuis douze mois consécutifs avec la personne bénéficiaire de l'aide mentionnée au premier alinéa et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente à condition d'en apporter la preuve dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. Dans ce cas, le bénéfice de l'aide susmentionnée ne peut être attribué qu'à une seule de ces personnes.** En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans

	les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle. De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat, dans des conditions définies par décret.
Article actuel L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles	**Article L. 254-1 modifié du code de l'action sociale et des familles**
Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'Etat à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.	Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article ~~*L. 380-1*~~ **L. 111-2-3** du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'Etat à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
Code de la mutualité	
Article actuel L. 111-1 du code de la mutualité	**Article actuel L. 111-1 du code de la mutualité**
I.-Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ces statuts définissent leur objet social, leur champ d'activité et leurs modalités de fonctionnement, conformément aux dispositions du présent code. Les mutuelles peuvent avoir pour objet : 1° De réaliser les opérations d'assurance suivantes : a) Couvrir les risques de dommages corporels liés à	I.-Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ces statuts définissent leur objet social, leur champ d'activité et leurs modalités de fonctionnement, conformément aux dispositions du présent code. Les mutuelles peuvent avoir pour objet : 1° De réaliser les opérations d'assurance suivantes : a) Couvrir les risques de dommages corporels liés à

des accidents ou à la maladie ;	des accidents ou à la maladie ;
b) Contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés ;	b) Contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés ;
c) Réaliser des opérations de protection juridique et d'assistance aux personnes ;	c) Réaliser des opérations de protection juridique et d'assistance aux personnes ;
d) Couvrir le risque de perte de revenus lié au chômage ;	d) Couvrir le risque de perte de revenus lié au chômage ;
e) Apporter leur caution mutualiste aux engagements contractés par leurs membres participants en vue de l'acquisition, de la construction, de la location ou de l'amélioration de leur habitat ou de celui de leurs ayants droit ;	e) Apporter leur caution mutualiste aux engagements contractés par leurs membres participants en vue de l'acquisition, de la construction, de la location ou de l'amélioration de leur habitat ou de celui de leurs ayants droit ;
2° D'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ;	2° D'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ;
3° De mettre en oeuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles ;	3° De mettre en oeuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles ;
4° De participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L. 211-3 à L. 211-7, L. 381-8, L. 381-9, L. 611-3, L. 712-6 à L. 712-8 du code de la sécurité sociale et des articles L. 723-2, L. 731-30 à L. 731-34, L. 741-23 et L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques.	4° De participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles ~~*L. 211-3 à L. 211-7, L. 381-8, L. 381-9, L. 611-3, L. 712-6 à L. 712-8*~~ **L. 160-17, L. 381-1 et L. 611-3** du code de la sécurité sociale et des articles L. 723-2, L. 731-30 à L. 731-34, L. 741-23 et L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques.
Elles peuvent accepter les engagements mentionnés au 1° ci-dessus en réassurance.	Elles peuvent accepter les engagements mentionnés au 1° ci-dessus en réassurance.
Elles peuvent également, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II pour la délivrance de ces engagements.	Elles peuvent également, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II pour la délivrance de ces engagements.
II.-Sous réserve des dispositions du III, une même mutuelle ne peut exercer à la fois une activité d'assurance définie au 1° ou aux deux derniers alinéas du I et une activité définie au 2° ou au 3° du I. En outre, une mutuelle exerçant une activité d'assurance ne peut contracter à la fois des engagements définis au b du 1° du I et des engagements définis aux c, d et e du 1° du I.	II.-Sous réserve des dispositions du III, une même mutuelle ne peut exercer à la fois une activité d'assurance définie au 1° ou aux deux derniers alinéas du I et une activité définie au 2° ou au 3° du I. En outre, une mutuelle exerçant une activité d'assurance ne peut contracter à la fois des engagements définis au b du 1° du I et des engagements définis aux c, d et e du 1° du I.
III.-Une mutuelle exerçant une activité d'assurance peut assurer la prévention des risques de dommages corporels, mettre en oeuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales dans la mesure où ces activités sont accessoires, et accessibles uniquement :	III.-Une mutuelle exerçant une activité d'assurance peut assurer la prévention des risques de dommages corporels, mettre en oeuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales dans la mesure où ces activités sont accessoires, et accessibles uniquement :
-à ses membres participants et à leurs ayants droit, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;	-à ses membres participants et à leurs ayants droit, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;
-aux souscripteurs d'un contrat proposé par une	-aux souscripteurs d'un contrat proposé par une

entreprise relevant du code des assurances, par une institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale ou par une autre mutuelle d'assurance, et ayant passé une convention avec elle, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec ces souscripteurs.	entreprise relevant du code des assurances, par une institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale ou par une autre mutuelle d'assurance, et ayant passé une convention avec elle, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec ces souscripteurs.

ARTICLE 40 – Protection sociale des victimes d'actes de terrorisme

I. Présentation de la mesure

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

L'indemnisation des victimes d'actes de terrorisme repose sur deux dispositifs :

● d'une part, le FGTI (Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions), créé par la loi n° 86-1020 du 9 septembre 1986 relative à la lutte contre le terrorisme, qui assure la réparation intégrale des dommages corporels ;

● d'autre part, les dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CPMIVG) applicables aux victimes civiles de la guerre. Cette extension a été opérée par la loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé.

Cependant, la prise en charge des soins des victimes repose sur des mécanismes complexes et peu lisibles pour les assurés.

En effet, le CPMIVG ouvre notamment aux victimes d'actes de terrorisme la gratuité des soins et de l'appareillage. Financées par l'Etat, ces prestations sont gérées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS). Cependant, leur bénéfice est subordonné à l'obtention d'une pension militaire d'invalide civile de guerre, dont le versement est lui-même subsidiaire par rapport aux prestations versées au titre des mêmes infirmités par les autres régimes de réparation (article L. 219 du CPMIVG). En outre, dans la majorité des cas, la CNMSS n'est pas connue des victimes au moment de la survenance de l'acte de terrorisme.

Il importe donc d'améliorer la prise en charge des victimes par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

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

a) Mesure proposée :

Le projet de réforme repose sur les principes suivantes :

● une définition claire des victimes et des frais pris en charge

Les personnes figurant sur la liste des victimes dressée par l'autorité judiciaire pourront bénéficier de la prise en charge dérogatoire pour l'ensemble des frais de santé rendus nécessaires par l'acte de terrorisme.

Cette procédure est déjà actuellement prévue par l'article R. 422-6 du code des assurances, s'agissant du fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme (le procureur de la République ou l'autorité diplomatique ou consulaire compétente informant sans délai le fonds de l'identité des victimes).

● une couverture élargie

Pour les frais de santé rendus nécessaires par l'acte de terrorisme, les victimes bénéficieront notamment :

- d'une part, de l'exonération de toute participation (ticket modérateur, franchise, participation forfaitaire un euro, forfait journalier hospitalier et participation forfaitaire de 18 €) ;
- d'autre part, de l'assouplissement des conditions et formalités mises pour l'attribution des indemnités journalières maladie et AT-MP.

Cette prise en charge dérogatoire sera accordée pour une durée d'un an s'achevant le dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenu l'acte de terrorisme. Au terme de cette première année, les assurés exposant toujours des dépenses de santé résultant de l'acte de terrorisme pourront :

- soit, pour ceux présentant les lésions les plus graves, le plus souvent avec appareillage, justifier du droit à la pension d'invalidité attribuée au titre du CPMIVG : ils bénéficieront dès lors de la gratuité des soins et de l'appareillage prévue par ce même code ;
- soit, pour ceux qui ne relèvent pas de cette pension d'invalidité mais continuent à consommer des soins en lien avec l'acte de terrorisme être pris en charge au titre des affections longue durée (ALD), le cas échéant au titre des affections hors liste.

Enfin, les proches parents bénéficieront également de l'exonération du ticket modérateur pour les consultations en psychiatrie.

● une gestion simplifiée pour les victimes d'actes de terrorisme

La prise en charge dérogatoire sera effectuée par l'organisme d'assurance maladie dont relève la victime de l'acte de terrorisme. Un mécanisme de tiers-payant sera mis en place dès le 1er janvier 2016, aucune avance de frais n'étant demandée aux victimes.

Toujours dans le souci de simplifier les démarches incombant aux victimes, la CNAMTS sera chargée d'une mission de coordination de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

● un financement partagé entre la sécurité sociale et l'Etat

La sécurité sociale assurera le financement de la part des dépenses d'assurance maladie correspondant au droit commun. La part correspondant aux avantages particuliers accordés aux victimes d'actes de terrorisme sera mise à la charge de l'Etat, selon un mécanisme de remboursement annuel.

b) Autres options possibles

La possibilité de renouveler la prise en charge dérogatoire au sein des régimes obligatoires d'assurance maladie a été étudiée. Cependant, cette possibilité a été écartée, les personnes les plus gravement atteintes bénéficiant, sans limitation dans le temps, de la gratuité des soins et de l'appareillage assurée par le CPMIVG.

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

La réforme nécessite une disposition législative pour modifier le code de la sécurité sociale. Elle prend place dans la loi de financement dans la mesure où elle modifie le champ des dépenses des régimes d'assurance maladie, en application du 1° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions introduites par le présent article feront l'objet d'une codification au sein d'un nouveau chapitre ajouté au sein du livre Ier 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	*mesure directement applicable*
Mayotte	*mesure applicable en vertu de dispositions spécifiques*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*mesure directement applicable*
Saint Pierre et Miquelon	*mesure non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'assurance maladie obligatoire assurera désormais la prise en charge de la part dérogatoire des dépenses de santé des victimes (notamment le ticket modérateur ou le forfait journalier) et non plus seulement de la part des dépenses de droit commun. Cette charge supplémentaire lui sera intégralement compensée par l'Etat via une dotation budgétaire spécifique.

L'estimation du coût net pour les administrations publiques s'insère, par rapport aux mesures ordinaires, dans un cadre particulier. En effet, la mesure est préventive et les pouvoirs publics sont profondément investis pour éviter tout nouvel acte de terrorisme.

A titre rétrospectif, on peut indiquer que le nombre de dossiers ouverts au FGTI s'élève à 4 070 pour la période de trente ans allant de 1985 à 2014 répartis comme suit : 1 775 pour la période de dix ans allant de 1985 à 1994, 1 551 pour la période allant de 1995 à 2004, et 721 pour la période allant de 2005 à 2014. Le nombre de dossiers ouverts par année s'échelonne entre un minimum (17 en 2014) et un maximum (540 en 1990).

Sur la base d'un nombre de bénéficiaires égal à 135 en moyenne annuelle (ce qui correspond à la division de 4 070 par 30), le montant annuel qui aurait été supporté par l'Etat et l'assurance maladie aurait été de 0,135 M€ sur la base d'une prise en charge dérogatoire estimée à 1 000 € par personne en moyenne. Ce montant est susceptible de varier dans des proportions importantes suivant les cas et la gravité des blessures. A titre indicatif, on peut indiquer que le coût de l'exonération du forfait journalier correspondant à une hospitalisation de 30 jours s'élève par exemple à 540 €.

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

a) impacts économiques

Néant.

b) impacts sociaux

Cette mesure permettra d'améliorer la protection sociale des victimes d'actes de terrorisme tout en simplifiant leurs démarches.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

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

Néant.

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

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

La mesure est source de simplification dès lors qu'au moment de la survenance de l'acte de terrorisme, les assurés seront pris en charge par le régime de sécurité sociale dont ils relèvent.

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

La mesure ne nécessite pas de développements informatiques. Seule une adaptation du contrôle médical devra être prévue, afin de faire le lien entre la prise en charge dérogatoire et l'acte de terrorisme.

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

La mesure ne nécessite ni allocation de moyens supplémentaires, ni recrutement de personnel.

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

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

Un décret simple devra être pris au premier trimestre 2016, qui poursuivra un double objet :

● prévoir les dispositions d'application, notamment pour la définition des personnes impliquées ;

● modifier les règles de tarification AT-MP afin de ne pas augmenter la cotisation AT-MP de l'employeur à raison d'un évènement dont il ne porte pas la responsabilité (D. 242-6-4 et D. 242-6-7 du code de la sécurité sociale).

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

La mise en oeuvre a été étudiée avec les caisses concernées de façon à pouvoir être opérationnelle dès le 1er janvier 2016.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

En cas de survenance d'un acte de terrorisme, la CNAMTS assurera un rôle de coordination de l'ensemble des organismes d'assurance maladie. Dans ce cadre, elle aura notamment pour rôle de centraliser les questions des assurés avant leur transmission, s'il y a lieu, à la caisse compétente. En outre, un suivi attentionné sera mis en place au sein de chaque organisme d'assurance maladie avec la désignation d'un interlocuteur unique en charge des relations avec les victimes de l'acte de terrorisme.

d) Suivi de la mise en œuvre

S'agissant d'actes de terrorisme, la mesure donnera nécessairement lieu à un suivi spécifique.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 1226-1 actuel du code du travail	Article L. 1226-1 modifié du code du travail
Tout salarié ayant une année d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie, en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident constaté par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu, d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière prévue à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, à condition : 1° D'avoir justifié dans les quarante-huit heures de cette incapacité ; 2° D'être pris en charge par la sécurité sociale ; 3° D'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres Etats membres de la Communauté européenne ou dans l'un des autres Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux salariés travaillant à domicile, aux salariés saisonniers, aux salariés intermittents et aux salariés temporaires. Un décret en Conseil d'Etat détermine les formes et conditions de la contre-visite mentionnée au premier alinéa. Le taux, les délais et les modalités de calcul de l'indemnité complémentaire sont déterminés par voie réglementaire.	Tout salarié ayant une année d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie, en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident constaté par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu, d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière prévue à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, à condition : 1° D'avoir justifié dans les quarante-huit heures de cette incapacité, **sauf si le salarié figure au rang des personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale ;** 2° D'être pris en charge par la sécurité sociale ; 3° D'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres Etats membres de la Communauté européenne ou dans l'un des autres Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux salariés travaillant à domicile, aux salariés saisonniers, aux salariés intermittents et aux salariés temporaires. Un décret en Conseil d'Etat détermine les formes et conditions de la contre-visite mentionnée au premier alinéa. Le taux, les délais et les modalités de calcul de l'indemnité complémentaire sont déterminés par voie réglementaire.

ARTICLE 41 - Suppression de la participation financière de la mineure pour les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif

I. Présentation de la mesure

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

Chaque année, environ 11 000 jeunes filles mineures ont recours à une interruption volontaire de grossesse. De nombreuses études (rapports IGAS, 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, depuis 2012, le Gouvernement a pris différentes mesures visant à faciliter le parcours d'accès à la contraception des mineures.

Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a prévu d'une part, la prise en charge à 100% des contraceptifs remboursables par l'assurance maladie pour les mineures d'au moins 15 ans et, d'autre part, le secret de cette délivrance vis-à-vis des parents « ouvrants droit » des mineures. Depuis avril 2013, l'achat du contraceptif en pharmacie pour une assurée mineure d'au moins 15 ans est ainsi réalisé sans avance de frais de sa part (gratuité du contraceptif assorti du tiers payant), levant ainsi les freins financiers éventuels à l'acquisition d'un contraceptif.

Afin de compléter ces mesures favorables à l'acquisition de contraceptifs par les assurées mineures d'au moins 15 ans, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit un mécanisme de tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par les régimes de base sur les consultations réalisées par le médecin ou la sage-femme en vue de la prescription d'un contraceptif ainsi que sur les examens de biologie éventuellement prescrits dans ce cadre.

Ce mécanisme permet à la mineure de ne faire l'avance au professionnel de santé que de la part des dépenses laissée à la charge de l'assuré (ticket modérateur) et remboursée par sa complémentaire santé, le cas échéant.

Ainsi, le parcours de la mineure en amont de la délivrance se fait dans les conditions de droit commun en médecine de ville. Les consultations médicales chez un médecin ou une sage-femme ainsi que les examens de biologie nécessaires préalablement à la prescription du contraceptif ne font l'objet d'aucune procédure de secret et ne sont pas intégralement pris en charge par l'assurance maladie.

Or il n'est pas possible de garantir le secret de ces consultations et actes sans prévoir leur gratuité. En effet, la couverture de droit commun suppose toujours de transmettre à l'organisme complémentaire de santé les informations sur le ticket modérateur avec les informations d'identification de l'assurée. Aussi, à l'instar du dispositif instauré pour les contraceptifs, seule l'assurance maladie est en mesure de proposer la confidentialité des consultations et des actes à la condition qu'il existe une prise en charge intégrale.

L'assurée mineure qui souhaite bénéficier d'une confidentialité totale lors de son parcours « contraception » doit donc aujourd'hui s'adresser au centre de planification qui prend en charge directement la consultation et le contraceptif.

Afin d'offrir aux adolescentes les meilleures conditions d'entrée dans la vie sexuelle et affective, il est donc proposé de compléter les avancées réalisées précédemment en garantissant le secret et la gratuité des actes en lien avec la prescription d'un contraceptif. Cette proposition fait notamment suite aux recommandations de l'IGAS issues du rapport sur l'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineurs.

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

a) Mesure proposée

L'amélioration de l'accès à la contraception doit concerner en priorité les mineures, compte tenu de leur besoin plus prononcé de confidentialité et de leur absence d'autonomie financière vis-à-vis de leurs parents.

La mesure vise donc à instaurer une gratuité et le secret des consultations et examens préalables à la contraception et de lever les freins financiers éventuels d'accès à la contraception.

Il est ainsi proposé de supprimer la participation de l'assurée mineure d'au moins 15 ans sur les consultations et actes nécessaires à la prise d'un contraceptif et bénéficiant déjà du tiers payant en application des articles L.162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, seront intégralement pris en charge dans la limite des tarifs de la sécurité sociale :

- les frais d'examens de biologie médicale ordonné en vue d'une prescription contraceptive,

- les frais liés à une consultation médicale réalisée par un médecin ou une sage femme donnant lieu à la prescription d'un contraceptif ou d'examen de biologie médicale ordonné en vue d'une prescription contraceptive

En parallèle, sera introduit le secret de la réalisation des ces consultations et actes par les professionnels de santé ainsi que de leur prise en charge par l'assurance maladie.

b) Autres options possibles

Une autre option aurait consisté à étendre le bénéfice de la prise en charge à 100% des contraceptifs remboursables et des consultations et examens de biologie aux mineures de moins de 15 ans.

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

Cette mesure 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 prise en charge du ticket modérateur des frais liés aux consultations et actes préalables à la contraception des mineures augmentera les dépenses d'assurance.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

Cette mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions proposées entraînent la modification de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût de la prise en charge du ticket modérateur par l'assurance maladie, pour les mineures d'au moins 15 ans, a été évalué à 3,9M€ :

- 2,75M€ au titre des consultations et actes des médecins généralistes, spécialistes et des sages femmes ;

- 1,15M€ au titre des examens de biologie.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
		- 3,9M€	- 3,9M€	- 3,9M€	- 3,9M€

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

a) Impacts économiques

Néant.

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

Néant.

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

L'accès à la contraception constitue un outil indispensable à la prévention des grossesses précoces non désirées chez les jeunes filles.

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

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

Pour bénéficier de la mesure, les assurées n'auront pas de démarches supplémentaires à effectuer sauf à informer, le cas échéant, le professionnel de santé de son souhait de confidentialité.

b) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'information…)

Les systèmes d'information de l'assurance maladie seront mis à jour.

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

La mesure sera gérée à moyens constants.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat, qui sera pris d'ici au début de l'année 2016, précisera les conditions de la suppression de la participation de l'assurée mineure.

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

La mesure entrera en vigueur à compter de la publication du décret d'application mentionné plus haut.

3. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses d'assurance maladie pourront informer les assurées via le site ameli.fr.

4. Suivi de la mise en œuvre

Un suivi annuel des impacts de la mesure sera effectué.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 322-3 actuel du Code de la sécurité sociale :	**Article L. 322-3 modifié du Code de la sécurité sociale :**
La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants : […] 21°) Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs ; […]	La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-3 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants : […] 21°) Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs **et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ;** […]
Article L. 5134-1 actuel du Code de la santé publique :	**Article L. 5134-1 modifié du Code de la santé publique :**
I.-Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. La délivrance et la prise en charge de contraceptifs sont protégées par le secret pour les personnes mineures. La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. […]	I.-Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. ~~*La délivrance et la prise en charge de contraceptifs*~~ **La délivrance de contraceptifs, la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, la prescription de ces examens ou d'un contraceptif, ainsi que leur prise en charge,** sont protégées par le secret pour les personnes mineures. La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. […]

ARTICLE 43 – Accès aux soins visuels

I. Présentation de la mesure

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

La filière visuelle est marquée par d'importantes difficultés d'accès aux professionnels et aux dispositifs médicaux, notamment liées à des délais d'attente importants, ainsi qu'à des niveaux de dépassement importants par rapport aux tarifs conventionnels :

- les délais d'attente pour une consultation sont estimés à deux mois (soit de l'ordre de 2 millions de consultations en attente, pour revenir à des délais raisonnables) ;
- plus d'un ophtalmologiste sur deux est installé en secteur 2 (2 694 ophtalmologistes libéraux en secteur 2 fin 2013, 2 080 en secteur 1) ;

Le développement de nouveaux modes d'exercice, en coopération avec des auxiliaires médicaux bénéficiant d'une formation complémentaire spécifique (orthoptistes, infirmiers, opticiens), est un levier qui devrait permettre l'accès aux soins visuels. Ces coopérations, dont l'intérêt est souligné depuis le rapport Berland en 2003, se développent par le biais du salariat des auxiliaires médicaux. Depuis dix ans, le salariat d'orthoptistes par les ophtalmologistes progresse pour atteindre 15% des ophtalmologistes libéraux (contre 8% en 2004). D'après des estimations partagées par les professionnels, il permet d'accroître jusqu'à 35% le nombre de consultations effectuées par un ophtalmologiste.

Des structures de taille moyenne ou grande, dédiées à l'accès aux soins visuels et reposant sur des coopérations entre ophtalmologistes et auxiliaires médicaux, se sont développées dans des agglomérations de grande taille ou de taille moyenne.

Si les maisons de santé pluri-professionnelles ont vocation à favoriser les coopérations pluri-professionnelles, elles n'ont actuellement pas les outils pour le faire dans ce domaine, dans la mesure où les soins visuels ne font pas partie des programmes régionaux financés par les ARS ni des thèmes retenus dans le cadre des thématiques de santé publique qui peuvent faire l'objet de coopérations pour ces structures.

Un rapport de l'IGAS, présenté par Dominique Voynet au mois de septembre, préconise de renforcer les mécanismes de soutien au travail aidé des professionnels exerçant en secteur 1, sur l'ensemble du territoire (où des difficultés d'accès aux soins sont constatées), en contrepartie d'engagements sur des objectifs de santé publique.

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

a) Mesure proposée

Le faible développement du travail aidé entre ophtalmologistes et auxiliaires médicaux s'explique essentiellement par le « coût d'entrée » associé à l'organisation d'un travail pluri-professionnel : organisation du travail, montée en puissance progressive des tâches effectuées par l'auxiliaire médical. Afin d'accélérer le changement des modalités de travail des ophtalmologistes, il est proposé de créer deux types de contrats, signés par l'ARS et la CPAM :

- Un « contrat de coopération pour les soins visuels » destiné aux ophtalmologistes de secteur 1 ;
- Un « contrat collectif pour les soins visuels » destiné aux maisons de santé et aux centres de santé pluri-professionnels .

Le cadre législatif de ces deux contrats remplacerait les dispositions relatives au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Créé en 2007, le CAPI a été remplacé par la rémunération sur objectifs de santé publique dans le cadre de la convention médicale de 2011. Les derniers CAPI étant venus à échéance au 1er janvier 2015, ces dispositions sont obsolètes et peuvent être remplacées.

Ces contrats seraient définis à partir de contrats-types, déterminés dans le respect du calendrier conventionnel respectif de la convention médicale et de l'accord conventionnel interprofessionnel :

- Pour le contrat de coopération, les partenaires conventionnels auraient une compétence de droit commun dans le cadre de la convention médicale. En cas de constat d'échec des négociations conventionnelles fin août 2016, et de renvoi à la procédure arbitrale, le contrat-type serait déterminé par une décision de l'UNCAM et du ministère de la santé à compter du 1er septembre 2016 ;
- Pour le contrat collectif, le contrat-type avec les maisons de santé et les centres de santé serait déterminé par une décision de l'UNCAM et du ministère de la santé, pour une durée de trois ans. A l'issue de cette période de trois ans, et en fonction du bilan de la mise en œuvre de ce contrat, son contenu pourrait être réintégré dans les négociations conventionnelles interprofessionnelles.

Le financement des aides et rémunérations prévues par ces contrats serait assuré sur l'ONDAM soins de ville.

Le « contrat de coopération pour les soins visuels » serait déterminé pour une durée de trois ans non renouvelable, afin d'inciter les ophtalmologistes à recruter ou former un auxiliaire médical, jusqu'à ce que ce dernier permette d'accroître le nombre de consultations effectuées par l'ophtalmologiste à hauteur de +30% (niveau moyen estimé pour un cabinet organisé de façon satisfaisante). Il serait associé à des engagements du professionnel : embauche ou formation d'un auxiliaire médical (orthoptiste, infirmier ou opticien-lunetier), augmentation du nombre de nouveaux patients de +30% en trois ans, amplitude minimale d'ouverture. La rémunération versée à l'ophtalmologiste serait en partie associée au respect d'objectifs de santé publique (augmentation du nombre de nouveaux patients, participation à des actions de prévention comme le dépistage de la rétinopathie diabétique). Le niveau maximal de cette aide serait fixé à hauteur de 10 000€ par an.

Le « contrat collectif pour les soins visuels » serait déterminé pour une durée de trois ans. Il serait associé à des engagements de la maison de santé ou du centre de santé, qui organiserait des coopérations à temps partiel entre des orthoptistes et des ophtalmologistes (qui pourraient conserver une activité à titre principal en ville ou en établissement). La structure permettrait le développement de l'activité associée aux protocoles de coopération entre ophtalmologistes et auxiliaires médicaux, et garantirait le niveau de formation suffisant de l'auxiliaire médical, ainsi qu'un temps de présence minimal de l'ophtalmologiste dans ses locaux. La rémunération versée à la structure tiendrait compte des coûts fixes liés à l'organisation de ces coopérations, et du nombre de patients reçus dans le cadre d'un protocole de coopération entre ophtalmologistes et auxiliaires médicaux.

A partir de l'évaluation de ce « contrat collectif », cette rémunération pourrait être réintégrée dans le cadre des prochaines négociations conventionnelles interprofessionnelles pour la rémunération des structures pluri-professionnelles de proximité, à compter du 1er janvier 2018.

b) Autres options possibles

La définition de ces contrats-type directement par voie réglementaire permettrait d'engager des actions dès le début de l'année 2016, mais aurait pour inconvénient de ne pas respecter les prérogatives des partenaires conventionnels. Il est donc proposé de limiter l'intervention d'une décision de l'UNCAM et du ministère après avoir constaté l'absence d'accord des partenaires conventionnels, dans le cadre de la convention médicale et de l'accord conventionnel interprofessionnel.

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

Du fait de son impact sur les dépenses de soins de ville, la mesure proposée relève du champ de la loi de financement de la sécurité sociale, en application du 1° et du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

L'article L.162-12-21 du code de la sécurité sociale est remplacé par de nouvelles dispositions.

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	*Oui*
Mayotte	*Oui*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Oui*
Saint Pierre et Miquelon	*Non*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Non*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La « population-cible » d'ophtalmologistes exerçant en secteur 1 est de 2 056 médecins, dont 45 ont moins de 40 ans, à laquelle il faut ajouter les médecins exerçant en établissement de santé (exercice mixte ou exclusif) et les retraités (estimés à 2 000 médecins). Parmi ces médecins, 300 ophtalmologistes en secteur 1 sont identifiés comme salariant des auxiliaires médicaux (470 en secteur 2).

L'objectif du nombre de contrats conclus est de :

- 600 ophtalmologistes d'ici à 2017 (soit 300 contrats conclus chaque année) ;
- 100 structures pluri-professionnelles d'ici à 2017 (soit 50 contrats conclus chaque année).

Le coût associé à cette mesure serait de 5,6 M€ pour les « contrats de coopérations pour les soins visuels », d'après les hypothèses suivantes : versement de 6 500€ en moyenne par professionnel et par an (atteinte de 50% des objectifs la première année), augmentation de 10% de consultations effectuées à 28€.

Pour les « contrats collectifs pour les soins visuels », le coût de la mesure serait de 750 000€ par an, dans l'hypothèse d'un montant moyen de 15 000€ versé aux structures.

Au total, le coût annuel des deux mesures serait de 6,3 M€.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
assurance maladie	-	-6,3	-6,3	-6,3	-6,3

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

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

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 différents acteurs concernés

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

Sans objet.

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

La mise en œuvre de cette mesure s'appuiera sur le système d'information budgétaire et comptable des ARS et des CPAM.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Deux décisions de l'UNCAM et du ministère de la santé pour déterminer les contrats-types d'accès aux soins visuels.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Une évaluation spécifique sera engagée en ce qui concerne le « contrat collectif pour les soins visuels ».

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.162-12-21 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.162-12-21 modifié du code de la sécurité sociale
Les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis des organisations syndicales signataires de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou à l'article L. 162-32-1 pour ce qui les concerne. Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels. Le contrat peut faire l'objet d'avenants destinés à y intégrer les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie. Ce contrat détermine les contreparties financières, qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé. Le contrat type est transmis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui peuvent s'y opposer dans un délai fixé par décret. Ces ministres peuvent suspendre l'application des contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats ne sont pas conformes aux objectifs poursuivis.	**I. – Un contrat de coopération pour les soins visuels peut être conclu avec les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie, en vue d'inciter le praticien à recruter ou à former un auxiliaire médical.** **Ce contrat, conclu pour une durée de trois ans non renouvelable, prévoit des engagements individualisés qui portent notamment sur l'augmentation du nombre de patients différents reçus en consultations, le respect des tarifs conventionnels, et les actions destinées à favoriser la continuité des soins. Il détermine des objectifs en matière d'organisation des soins, notamment sur la formation ou le recrutement d'un auxiliaire médical, ainsi que sur la participation à des actions de dépistage et de prévention. Il prévoit les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs.** **Ce contrat est conforme à un contrat-type défini par la convention visée à l'article L. 162-5. A défaut d'accord avant le 1er septembre 2016, un contrat-type est défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.** **Un décret en Conseil d'État précise les conditions particulières requises pour conclure un contrat de coopération, notamment en ce qui a trait à la profession de l'auxiliaire médical et aux modalités de son recrutement.** **II. – Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie peuvent conclure un contrat collectif pour les soins visuels avec les maisons de santé et les centres de santé adhérents à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1, en vue d'inciter au développement des coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein de ces structures.** **Le contrat collectif pour les soins visuels, d'une durée de trois ans, prévoit les engagements respectifs des parties, qui portent notamment sur le respect des tarifs conventionnels et l'organisation des soins.** **Ce contrat est conforme à un contrat-type défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.** **Une évaluation annuelle du contrat collectif pour les soins visuels, 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 et les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement et aux partenaires conventionnels en vue de l'intégration de ce contrat dans la négociation d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionné au II de l'article L. 162-14-1. III. – Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent des contrats définis au 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 LO. 111 3.

ARTICLE 43 –Expérimentation relative à la prévention de l'obésité chez les jeunes enfants

I. Présentation de la mesure

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

D'après l'enquête nationale de santé réalisée en milieu scolaire en 2012-2013, 8,7 % des élèves scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans) étaient en surpoids et 3,5 % étaient obèses.

Les enquêtes réalisées en 2007-2008 auprès des classes de CM2 et 2008-2009 des adolescents des classes de troisième rapportent que respectivement 14,8 % et 13,7 % étaient en surpoids et que l'obésité concernait 4 % et 3,9 % des élèves (1).

Si la prévalence du surpoids et de l'obésité s'est stabilisée, et a même légèrement reculé chez les plus jeunes, les évolutions varient de manière importante selon les catégories sociales. Ainsi, chez les enfants de CM2 dont l'un des parents est « cadre ou de profession intellectuelle supérieure », la prévalence a diminué entre 2004-2005 et 2008-2009, alors que chez les enfants dont le groupe socio professionnel est « ouvrier », elle est passée de 6,8 à 7 % sur la même période. La prévalence de la surcharge pondérale chez les élèves de troisième dont le groupe socioprofessionnel est « ouvrier » reste la plus élevée parmi tous les groupes socio-professionnels (22,2% dont 6,5% d'obésité en 2008-2009).

Or l'obésité serait responsable en moyenne de 6% des dépenses de santé et de 10 à 13% des décès (2).

Face à ce constat, des leviers doivent être mis entre les mains du médecin traitant : une meilleure prévention et une meilleure prise en charge dès le plus jeune âge permettront ainsi d'éviter l'apparition d'un surpoids ou d'une obésité chez ces enfants .

Cette mesure propose donc de mettre en place une expérimentation visant à permettre au médecin traitant de prescrire des consultations psychologiques et/ ou diététiques, ainsi qu'un bilan d'activité physique en cas de repérage, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé, d'un risque de surpoids ou d'obésité chez l'enfant. Cette mesure se trouve facilitée par la création de médecin traitant de l'enfant de moins de seize ans par le projet de loi de modernisation de notre système de santé. Elle est également complémentaire de la mesure « amélioration de l'information nutritionnelle » prévue dans ce même projet de loi.

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

a) Mesure proposée

La mesure propose de mettre en place des expérimentations visant à offrir aux enfants de 3 à 8 ans souffrant de surpoids ou d'obésité une prise en charge forfaitaire annuelle pour des consultations diététique et psychologique, ainsi qu'un bilan d'activité physique, selon les besoins identifiés par le médecin traitant et sur sa prescription. Ces expérimentations seraient mises en place mi-2016 et porteraient sur des territoires (départements ou bassins de vie) à forte prévalence et à faible niveau socio-économique.

Dans le cas où le médecin traitant de l'enfant repère un risque de surpoids ou d'obésité, il peut prescrire des consultations diététiques, psychologiques ainsi qu'un bilan d'activité physique et orienter l'enfant vers des structures participant à l'expérimentation, sélectionnées sur la base d'un cahier des charges national proposé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cette prescription ouvrira droit à une prise en charge à ces consultations et bilans dans la limite d'un forfait versé à la structure par la caisse primaire d'assurance maladie concernée et financé sur les crédits du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).

Les structures devront prévoir des retours d'information auprès du médecin traitant qui aura prescrit les consultations.

Cette expérimentation fera l'objet d'une évaluation avant son terme, évaluation qui devra notamment :

- évaluer les effets réels de l'attribution de ce forfait en termes de santé des jeunes concernés ;
- définir les éventuelles conditions d'extension / de généralisation des expérimentations.

En ce qui concerne la sélection des structures, un cahier des charges sera élaboré d'ici à la fin de l'année 2015, en vue d'un appel à candidatures lancé par les caisses primaires d'assurance maladie en direction des structures et

[1] Source : Charges et produits pour 2016, CNAMTS

[2] Source : OMS

groupements de professionnels (associations, MSP, centres de santé…). Les agences régionales de santé seront associées à la rédaction du cahier des charges puis à la sélection des structures.

Enfin, pour impliquer les médecins traitants et faciliter la prescription du forfait, des dispositifs d'information et d'accompagnement des prescripteurs seront mis en place : kit de prescription conçu à destination du médecin traitant, organisation de visites des délégués de l'assurance maladie auprès des médecins dans les territoires retenus.

b) Autres options possibles

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

Cette mesure a un impact sur les dépenses de la branche maladie des régimes obligatoires de base et trouve à ce titre sa place en loi de financement de la sécurité sociale conformément au 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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Disposition non codifiée, s'agissant d'une expérimentation.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les expérimentations seront conduites sur 3 territoires. Une enveloppe de 0,5 M€ sera mobilisée sur les crédits du FNPEIS (dépenses de la CNAMTS) pour 2016 (demi-année). Le dispositif montera en charge en 2017 et 2018, l'enveloppe financière consacrée à ces dispositifs sera portée respectivement à 1,5 M€ et 2 M€.

L'objectif est de prendre en charge a minima 1000 enfants par territoire dès la première année et de faire progressivement augmenter le nombre d'enfants suivis dans ce cadre.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
CNAMTS		0,5	1,5	2	2

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

a) impacts économiques

Cette mesure n'a pas d'impact économique.

b) impacts sociaux

Cette mesure aura un impact positif en termes de santé publique : réduction des risques de maladies chroniques et visera à réduire les inégalités de santé.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure n'a pas d'impact environnemental.

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

Si les hommes sont plus nombreux à être en surpoids que les femmes, la prévalence de l'obésité est sensiblement la même chez les hommes que chez les femmes. Chez les enfants, la prévalence est, de la même manière, comparable.

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

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

Cette mesure n'a pas d'impact sur les assurés en termes de formalités, démarches et charges administratives.

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

Les caisses primaires d'assurance maladie devront lancer des appels à projets, sélectionner les structures en lien avec les ARS. Des visites des délégués de l'assurance maladie seront aussi mises en place pour sensibiliser les prescripteurs à la problématique du surpoids et de l'obésité.

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

Ce nouveau dispositif sera géré à moyens constants à la fois au sein des agences régionales de santé et du réseau de l'assurance maladie.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat sera nécessaire pour fixer les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation. Il sera publié avant le 1er juin 2016.

La liste des territoires retenus sera arrêtée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale, ainsi que le cahier des charges des projets.

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

Néant.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Des campagnes d'information des assurés seront lancées dans les territoires sélectionnés par les caisses primaires d'assurance maladie et les agences régionales de santé.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un rapport sera réalisé à l'issue de l'expérimentation.

ARTICLE 44 - Suite donnée à l'expérimentation conduite par l'ARS Pays de la Loire sur la permanence des soins ambulatoires

I. Présentation de la mesure

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

Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST), l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) a été confiée aux agences régionales de santé (ARS). A ce titre, le montant des indemnités versées aux médecins participant à la PDSA, soit comme médecin régulateur, soit comme médecin de permanence, est déterminé par les ARS et financé sur le fonds d'intervention régional (FIR). Les actes et majorations réalisés par les médecins de permanence durant les périodes de PDSA restent déterminés par les partenaires conventionnels.

Le renforcement du pilotage de la PDSA a permis de maîtriser progressivement le nombre d'interventions inutiles, en développant progressivement la régulation médicale par téléphone préalable au déplacement de médecins, qui représente près de 65% des actes effectués sur les horaires dédiés à la PDSA (soirée et nuit après 20 heures, samedi après-midi et dimanche). Cette réforme n'a cependant pas permis d'enrayer deux tendances soulignées par le récent rapport d'information parlementaire présenté par Mme Lemorton : l'érosion du taux de participation des médecins généralistes, et le maintien sur certains territoires d'un nombre d'actes élevé qui pourraient être évités par la régulation téléphonique (conseils à distance).

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a prévu la possibilité de mettre en place des expérimentations de permanence des soins ambulatoire (PDSA) à compter du 1er janvier 2008 et pour une durée de cinq ans maximum, soit jusqu'au 1er janvier 2013. Cette expérimentation consiste à donner aux agences régionales de santé (ARS) une large marge d'organisation de la permanence des soins, la seule contrainte étant le respect d'une enveloppe financière donnée. A la suite d'un appel d'offre, la région des Pays de la Loire a engagé une expérimentation à compter d'avril 2011 (la seule autre région engagée dans l'expérimentation, le Limousin, s'est réintégrée dans le droit commun à partir de la promulgation de la loi HPST). L'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a prorogé cette expérimentation jusqu'au 1er janvier 2016, afin de disposer du recul nécessaire pour un premier bilan de cette nouvelle organisation.

Les Pays de la Loire dérogent actuellement au cadre national, car l'ARS dispose au titre des missions financées par le FIR d'une enveloppe PDSA globale intégrant les forfaits de régulation et d'astreinte, ainsi que les actes et majorations afférentes. A cet égard, l'ARS s'est vu confier une enveloppe annuelle globale de 16,3 millions d'euros afin de couvrir l'ensemble des dépenses sur le territoire (à l'exception des agglomérations de Nantes et Saint-Nazaire). La gestion de cette enveloppe globale a été utilisée pour responsabiliser les médecins qui participent à la PDSA, dans la mesure où l'ARS revalorisait les forfaits de régulation et d'astreinte dès lors que les dépenses liées aux visites et consultations diminuaient. L'expérimentation a contribué à renforcer le taux de participation des médecins généralistes, tant aux activités de régulation que de permanence, et à diminuer le nombre global d'actes effectués dans la région.

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

a) Mesure proposée

La mesure propose de pérenniser l'expérimentation engagée dans les Pays de la Loire, étant donné le bilan positif présenté par l'agence régionale de santé et partagé par les partenaires sur le territoire. Afin de garantir la stabilité du dispositif, il est proposé de maintenir l'organisation prévue dans le cahier des charges expérimental pour une période de douze mois, jusqu'à sa réintégration dans le cahier des charges régional préparé par l'ARS des Pays de la Loire, au plus tard le 1er janvier 2017.

La mise en place de cette organisation peut être pertinente dans certaines régions, afin d'accroître le taux de participation des médecins libéraux à la PDSA, et de sensibiliser les intervenants à la limitation des consultations et visites qui peuvent être évitées. Il est donc proposé d'ouvrir la possibilité aux ARS de demander à assurer le financement sur le FIR de la totalité des activités de permanence des soins ambulatoires sur tout ou partie des secteurs de PDSA.

Les ARS qui s'inscriront dans cette organisation dérogatoire se verront attribuer une enveloppe globale sur le FIR, permettant de financer les forfaits d'astreinte, actes et majorations. Dans ces régions, les tarifs conventionnels définis aux articles L.162-5 et L.162-14-1 du code de la sécurité sociale continueront à s'appliquer. L'assurance maladie ne financera plus d'actes et majorations sur le risque. Si les dépenses liées aux actes et majorations de l'année N sont inférieures au montant attribué à l'ARS sur le FIR, elles pourront être utilisées pour financer des actions liées à l'organisation de la PDSA (formation de régulateurs, réévaluation des forfaits).

Cette dérogation sera autorisée par arrêté ministériel pour une durée de trois ans, à partir d'une appréciation de l'organisation de la PDSA qui est proposée par l'agence régionale de santé. Cette autorisation pourra être reconduite, en fonction du bilan transmis par l'ARS sur l'utilisation des crédits de PDSA.

b) Autres options possibles

La fin de l'expérimentation conduite dans la région des Pays de la Loire est écartée, au vu de l'intérêt de l'expérimentation pour accroître le taux de participation des médecins à la PDSA.

La généralisation de l'organisation mise en place dans la région des Pays de la Loire ne convient pas à la situation de l'ensemble des territoires, notamment dans les régions urbaines où l'association SOS Médecins exerce à partir d'un modèle organisationnel spécifique.

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

Cette mesure opère un transfert de dépenses entre deux sous-objectifs de l'ONDAM ; elle trouve donc 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.

Par ailleurs, elle pérennise une mesure expérimentale, définie dans la LFSS pour 2008 et modifiée par la LFSS pour 2013, qui a démontré, au vu des résultats enregistrés dans la région des Pays de la Loire, l'apport de la mesure, en termes de réduction des dépenses d'assurance maladie, lié à l'accroissement du taux de participation des médecins à la PDSA et à la sensibilisation des intervenants aux consultations et visites qui peuvent être évitées.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale et L. 1435-5 du code de la santé publique sont complétés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les dépenses associées aux actes et majorations soulignent la stabilité, voire la légère diminution, des actes (régulés et non régulés) et des majorations associées sur les périodes de PDSA :

	2009	2011	2013
Montants remboursés (M€)	234,1	234,6	210,3

L'impact financier de la mesure est neutre *ex ante* car il s'agit du transfert de l'enveloppe relative aux actes et majorations - aujourd'hui financée sur le risque - vers le fonds d'intervention régional (FIR). Toutefois, l'objectif d'accroissement du taux de participation des médecins à la PDSA et la sensibilisation des intervenants aux consultations et visites qui peuvent être évitées, la mesure doit contribuer à réduire les dépenses à ce titre comme l'a démontré l'expérimentation menée dans les Pays de la Loire.

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

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 différents acteurs concernés

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

Sans objet.

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

La mise en œuvre de cette mesure s'appuiera sur le système d'information budgétaire et comptable des ARS et des CPAM.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Arrêté déterminant les critères d'autorisation

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

La prorogation jusqu'au 1er janvier 2017 de l'expérimentation engagée par l'agence régionale de santé des Pays de la Loire est nécessaire pour lui permettre de s'inscrire dans la nouvelle procédure d'autorisation par arrêté ministériel, et de réintégrer le cahier des charges expérimental dans son cahier des charges régional.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

Des indicateurs de suivi spécifiques sur l'utilisation des crédits seront inscrits dans le rapport financier du fonds d'intervention régional, pour les ARS volontaires.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.162-5-14 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L.162-5-14 modifié du code de la sécurité sociale**
Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins mentionnés au premier alinéa du même article sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code. Ces médecins sont tenus de respecter ces tarifs.	Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins mentionnés au premier alinéa du même article sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code. Ces médecins sont tenus de respecter ces tarifs. **Pour l'application des dispositions du II de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et par dérogation au premier alinéa, les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du même code par les médecins mentionnés au premier alinéa du même article sont financés par le fonds défini à l'article L. 1435-8 dudit code, sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code.**
Article L.1435-5 actuel du code de la santé publique	**Article L.1435-5 modifié du code de la santé publique**
L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent. L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.	**I.** L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent. L'agence détermine la rémunération ~~*spécifique*~~ **forfaitaire** des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. **II. – Des agences régionales de santé se portant volontaires peuvent être autorisées par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale à financer, sur tout ou partie des secteurs de la permanence des soins ambulatoires, la rémunération forfaitaire mentionnée au I et la rémunération des actes mentionnés à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale par des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-9 du présent code qui leur sont délégués à cet effet. Dans ce cas, la rémunération des actes prévus à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale ne peut être mise à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie.** **L'autorisation ministérielle est accordée pour une durée qui ne peut dépasser trois ans. Elle peut être renouvelée à l'issue de ce délai, en fonction des réalisations de l'agence présentées dans le cadre du bilan mentionné à l'article L. 1435-10 du présent code.**

ARTICLE 45 – Pérennisation du financement des actes prévus dans les protocoles de coopération

I. Présentation de la mesure

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

L'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) a mis en place des protocoles dérogatoires de coopérations entre professionnels de santé, fondés sur une délégation ayant vocation à être pérennisée à l'issue d'une période expérimentale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a complété ce dispositif en mettant en place un collège des financeurs, qui donne son avis sur le financement dérogatoire des protocoles qui lui sont présentés. Le financement dérogatoire est autorisé par arrêté ministériel après avis du collège, pour une période de 3 ans maximum, renouvelable une fois (soit entre 1 et 6 ans).

A l'issue de cette période, en fonction de l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) sur l'efficience du protocole, le collège des financeurs peut recommander la prise en charge des actes dérogatoires à titre définitif.

Cette prise en charge pérenne sur l'ensemble du territoire implique, d'une part, de modifier en conséquence les décrets qui définissent et encadrent les actes des professionnels concernés et, d'autre part, d'inscrire les actes en question dans la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Or les évolutions réglementaires correspondantes peuvent être soumises à des délais conséquents liés au recueil des différents avis consultatifs, alors même que l'évaluation des protocoles aura déjà démontré leur efficience.

Les conditions d'inscriptions d'actes à la nomenclature étant fixées par la loi, leur adaptation nécessite l'intervention du législateur.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de faciliter l'inscription rapide des actes sur la liste des actes remboursables par l'assurance maladie à l'issue de la période dérogatoire et à cette fin :

- d'accélérer l'inscription des actes dans les décrets qui définissent le champ d'intervention des professionnels concernés, en aménageant les délais relatifs aux consultations obligatoires (et en autorisant le maintien de l'application du protocole dans l'intervalle) ;
- et d'accélérer l'inscription des actes à la nomenclature pour permettre leur prise en charge sur le risque, par l'assurance maladie. Il s'agit d'étendre le mécanisme d'accélération d'inscription des actes à la nomenclature introduit dans la LFSS pour 2014 concernant les actes innovants associés à des dispositifs médicaux et élargi dans la LFSS pour 2015, notamment, aux actes issus de l'expérimentation de la télémédecine. A cette fin, l'évaluation réalisée par la HAS à la fin de la période de financement dérogatoire vaudra avis préalable pour la procédure d'inscription des actes correspondants à la nomenclature, sans qu'il soit besoin de saisir à nouveau la HAS.

La mesure vise également à supprimer la procédure d'extension au territoire national, par la HAS, des protocoles de délégation. En effet, des possibilités de duplication d'un protocole autorisé par une agence régionale de santé (ARS) dans d'autres régions existent ; cette procédure est largement appliquée par les ARS. De ce fait, jusqu'à ce jour, la HAS n'a pas estimé utile d'émettre un avis d'extension sur le territoire national. Il est donc proposé que la HAS propose elle-même si un protocole doit présenter une portée nationale dans le cadre de l'avis qu'elle rend sur l'efficience du protocole.

b) Autres options possibles

- Maintenir inchangés les délais de révision des textes réglementaires encadrant les actes rendrait alors nécessaire de conserver le financement dérogatoire dans l'attente de la publication des modifications réglementaires. Cette option contrevient à l'intérêt de la procédure en cas de retard dans la publication. De plus, le financement dérogatoire serait prorogé en tant que de besoin, ce qui contreviendrait à la limite des 6 ans fixés par la loi, alors même que l'efficience du protocole aurait été reconnue.
- Un passage par une négociation conventionnelle interprofessionnelle avant inscription des actes aux nomenclatures pourrait également être envisagé. Néanmoins, ce scénario apparaît de nature à allonger les délais.

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

En tant qu'elle révise les modalités d'inscription des actes sur la liste des actes remboursables par l'assurance maladie, la mesure a sa place en LFSS en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

La mesure s'inscrit dans la continuité de celle déjà adoptée en matière de prise en charge des actes innovants (article 52 de la LFSS pour 2014 et article 57 de la LFSS pour 2015).

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Codification par modification d'articles du code de la santé publique (L. 4011-2-3) et du code de la sécurité sociale (L. 161-37, L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Suppression et remplacement du III de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Oui*
Mayotte	*Oui*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Oui*
Saint Pierre et Miquelon	*Oui (pour la partie relative aux compétences), non (pour la partie relative à la prise en charge par l'assurance maladie).*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Non*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier global dépend du nombre de protocoles soumis à l'avis du collège, leur contenu et leur évaluation. L'impact mesuré à titre d'exemple ci-dessous porte sur deux protocoles en cours de financement dans le domaine ophtalmologique. La période de financement dérogatoire s'achèvera fin 2016.

Les deux protocoles de coopération « bilan visuel » sont actuellement réalisés par les orthoptistes salariés par des ophtalmologistes pour un prix fixé à 23€ (au lieu de 39,9€ pour une consultation effectuée par un ophtalmologiste).

L'impact financier de la mesure est construit d'après les hypothèses suivantes :

- réalisation de l'acte par 500 professionnels de santé (actuellement de l'ordre de 700 orthoptistes sont salariés par un ophtalmologiste) ;
- réalisation de 1000 consultation par an et par professionnel (soit 20% des consultations moyennes actuellement réalisés par un ophtalmologiste) ;
- substitution du protocole de coopération à une consultation simple dans la totalité des cas.

Le gain financier estimé sur la base de ces hypothèses s'établirait en conséquence à 500 x 1000 x (23-39,9) = 8,5 M€ de dépenses évitées.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
Assurance maladie			+8,5	+8,5	+8,5

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

a) impacts économiques

La mesure permet d'accompagner les évolutions des compétences respectives des professionnels de santé. Elle contribue à adapter la nomenclature des actes et à garantir l'adéquation des tarifs de rémunérations des professionnels aux évolutions de leurs pratiques.

b) impacts sociaux

En accélérant la pérénisation et l'extension de protocoles de coopération qui permettent de libérer du temps médical et de déléguer des actes à un plus grand nombre de professionnels de santé, la mesure contribue à améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

La mesure facilite l'accessiblité des soins : amélioration de l'utilisation du temps de travail des médecins, réduction des délais de prise en charge, prise en charge assurée par des professionnels au plus près des patients.

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

La révision des délais de consultation va conduire les organes concernés (Académie de médecine, Haut conseil des professions paramédicales, etc.) à prioriser davantage leurs travaux.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Le décret mentionné au III nouveau de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, qui doit définir la procédure de révision des textes réglementaires relatifs aux compétences des professionnels de santé, fera l'objet d'une concertation avec les organes concernés (Académie de médecine et Haut Conseil des professions paramédicales), en vue d'une publication au 1er semestre 2016.

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

La mesure produit des effets sur les protocoles à l'issue de la période de financement dérogatoire, soit au plus tôt en 2017.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Des informations générales auprès des assurés accompagneront les évolutions des compétences des professionnels.

d) Suivi de la mise en œuvre

Suivi des protocoles et de leur généralisation par le collège des financeurs (présidence et secrétariat assuré par la direction de la sécurité sociale).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 4011-2-3 du code de la santé publique	Article L. 4011-2-3 modifié du code de la santé publique
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. 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 et rend un avis sur son efficience. 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 limitée, soit à titre définitif par une inscription des actes concernés sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Dans le cas d'un avis favorable du collège des financeurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut maintenir le protocole pour une durée qu'il fixe. III. — Lorsque, en application du II, le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien et, le cas échéant, à la prise en charge financière d'un protocole de coopération, la Haute Autorité de santé peut étendre ce protocole 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.	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. 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 et rend un avis sur son efficience. **Elle rend en même temps l'avis mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale pour chacun des actes prévus dans le protocole.** 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 limitée, soit à titre définitif par une inscription des actes concernés sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. ~~*Dans le cas d'un avis favorable du collège des financeurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut maintenir le protocole pour une durée qu'il fixe.*~~ ~~*III. — Lorsque, en application du II, le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien et, le cas échéant, à la prise en charge financière d'un protocole de coopération, la Haute Autorité de santé peut étendre ce protocole 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.*~~ **III. Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien à titre définitif d'un protocole de coopération :** **1° L'Académie de médecine, saisie pour avis de projets de textes règlementaires portant sur des actes professionnels prévus au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 aux fins d'étendre ou de pérenniser tout ou partie du protocole, se prononce dans un délai qui ne peut être supérieur à deux mois à compter de la date à laquelle elle a été saisie ;** **2° Les dérogations prévues à l'article L. 4011-1 du présent code demeurent applicables jusqu'à l'entrée en vigueur des textes réglementaires mentionnés au 1° ;** **3° Les actes prévus par les protocoles sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.** **IV. Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable à la prise en charge financière définitive d'un protocole de coopération, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent proroger**

	la durée du financement prévu à l'article L. 4011-2-2 jusqu'à l'inscription des actes du protocole sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.
Article L.161-37 actuel du CSS :	**Article L.161-37 actuel du CSS :**
La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée 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 actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;	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 actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais 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 ;	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 ;	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 ;	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 ;
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	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 les avis mentionnés, respectivement, au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique et au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du même code. Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Institut national de veille sanitaire et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé. La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique siégeant auprès d'elle et consultée sur l'inscription des médicaments inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ainsi que son règlement intérieur. Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique. Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficientes. La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet, qui porte notamment sur les travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que sur les actions d'information mises en oeuvre en application du 2° du présent article. Les commissions spécialisées mentionnées au même article L. 161-41 autres que celles créées par la Haute Autorité de santé remettent chaque année au Parlement un rapport d'activité mentionnant notamment les modalités et principes selon lesquels elles mettent en œuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie. Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.	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 au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique ; **10° Rendre l'avis mentionné au second alinéa du I de l'article L.4011-2-3 du code de la santé publique, ainsi qu'un avis portant évaluation de chacun des actes prévus par les protocoles de coopération conformément aux dispositions du 1°.** Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Institut national de veille sanitaire et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé. La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique siégeant auprès d'elle et consultée sur l'inscription des médicaments inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ainsi que son règlement intérieur. Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique. Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficientes. La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet, qui porte notamment sur les travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que sur les actions d'information mises en oeuvre en application du 2° du présent article. Les commissions spécialisées mentionnées au même article L. 161-41 autres que celles créées par la Haute Autorité de santé remettent chaque année au Parlement un rapport d'activité mentionnant notamment les modalités et principes selon lesquels elles mettent en œuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie. Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.
Article L. 162-1-7-1 actuel du CSS :	**Article L. 162-1-7-1 modifié du CSS :**

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. L'Union nationale des caisses de l'assurance maladie fait connaître aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'union de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7, les motifs de l'absence de décision d'inscription : 1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue au même 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 ; 2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ; 3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé, ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie. L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° du présent article fait l'objet d'une évaluation médico-économique réalisée par la Haute Autorité de santé. Les actes mentionnés au 3° demeurent pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans le délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'amélioration du service attendu de l'acte et les conditions de réalisation de l'évaluation médico-économique par la Haute Autorité de santé, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.	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. L'Union nationale des caisses de l'assurance maladie fait connaître aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'union de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 **ou au I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique,** les motifs de l'absence de décision d'inscription : 1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue au même 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 ; 2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ; 3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé, ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie. **4° Des actes inscrits dans un protocole de coopération ayant recueilli un avis favorable du collège des financeurs en application du III de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique.** L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° du présent article fait l'objet d'une évaluation médico-économique réalisée par la Haute Autorité de santé. Les actes mentionnés au 3° demeurent pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans le délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'amélioration du service attendu de l'acte et les conditions de réalisation de l'évaluation médico-économique par la Haute Autorité de santé, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.
Article L. 162-1-8 actuel du CSS :	**Article L. 162-1-8 modifié du CSS :**
En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de	En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de

la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article et de l'évaluation mentionnée au deuxième alinéa du présent article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant, lorsqu'il appartient à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article.	la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article et de l'évaluation mentionnée au deuxième alinéa du présent article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant, lorsqu'il appartient à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1° à **4°** de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article.
L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° dudit article est évalué par la Haute Autorité de santé.	L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° dudit article est évalué par la Haute Autorité de santé.
Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa du présent article, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné à ce même premier alinéa.	Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa du présent article, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné à ce même premier alinéa.
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.	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.
Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 162-1-7-1, l'acte reste pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai maximal de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.	Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 162-1-7-1, l'acte reste pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai maximal de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
Les modalités d'application du présent article, notamment la définition des critères mentionnés aux 1° à 3° du même article L. 162-1-7-1, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.	Les modalités d'application du présent article, notamment la définition des critères mentionnés aux 1° à 3° du même article L. 162-1-7-1, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.

ARTICLE 46 – Modification du financement des dépenses de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et couverture AT-MP

I. Présentation de la mesure

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

Le fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) sont actuellement financés par le budget de l'Etat sur le programme 157 ; l'enveloppe destinée à financer leur fonctionnement est définie chaque année en loi de finances. Pour 2015, ce financement s'est élevé à 1 462,36 M€ au titre du fonctionnement et 1,84M€ au titre du plan d'aide à l'investissement (PAI).

Par ailleurs, le programme 157 finance environ 1,3 Mds€ dédiés à l'aide au poste versée au titre du soutien de l'Etat à la rémunération des travailleurs handicapés accueillis en ESAT (aide au poste ex-GRTH), des charges et cotisations sociales afférentes et les contributions à la formation professionnelle et à la prévoyance ;

En 2016, la budgétisation prévisionnelle s'élève à 1 477,17 M€ au titre du fonctionnement et 1,5 M€ au titre du PAI, sachant que l'aide au poste (GRTH) est estimé à 1 275M€.

Ces financements transitent par l'agence de services de paiement (ASP) qui verse les dotations aux ESAT sur la base des décisions de dotation prises par les ARS, à partir des crédits inscrits dans l'arrêté fixant annuellement les dotations régionales limitatives déterminées par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Or, la prise en charge des adultes handicapés accueillis en ESAT est souvent à la frontière de plusieurs dispositifs administratifs et budgétaires. Les crédits des différentes structures médico-sociales proviennent de plusieurs financeurs : l'Etat (programme 157 pour les ESAT), l'ONDAM (IME, SESSAD, MAS, CRP, SAMSAH), les conseils départementaux (Foyer d'hébergement, foyer de vie, SAD et SAVS) ou conjointement par plusieurs de ces financeurs (FAM, SAMSAH).

Ce partage des financements présente l'inconvénient de conduire à la dissociation stricte de la tarification des ESAT de celle d'autres établissements ou services d'accueil et accompagnement des personnes handicapées financés par l'OGD, alors même qu'ils seraient gérés par une même association, et d'interdire notamment la conclusion à l'échelle des gestionnaires de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui feraient masse de l'ensemble des produits de la tarification en vue de rechercher notamment une meilleure efficience à l'échelle de l'ensemble du périmètre géré. Cette séparation des financements crée un obstacle aux passages de personnes handicapées d'un type de prise en charge à un autre.

Dans ce contexte, la réunion des deux enveloppes de financement (ESAT et autres établissements sociaux et médico-sociaux - ESMS) au sein de l'ONDAM médico-social permettrait de traduire les orientations de la CNH de décembre 2014 et appuyer les actions visant à favoriser l'insertion en milieu ordinaire de travail, et au développement de prises en charge adaptées au vieillissement des personnes handicapées ou, des personnes handicapées psychiques, ou. En particulier, cette mesure permet de renforcer l'accompagnement demandé aux ARS pour l'adaptation au secteur protégé, et ce, en vue d'améliorer la continuité des parcours des personnes handicapées et de faciliter les passerelles entre milieu protégé et milieu ordinaire.

En homogénéisant et en regroupant le périmètre des ESMS relevant d'une tarification des ARS, l'intégration des ESAT à l'ONDAM permettra de donner aux ARS plus de souplesse dans la gestion de leurs enveloppes et en outre de mener une politique budgétaire harmonisée de tous les ESMS accueillant des personnes handicapées (PH), notamment au regard de leur taux d'évolution annuel, mais également s'agissant des outils utilisés (PRIAC, SI…). Cette réforme apportera au demeurant une cohérence des finances publiques, les ESAT étant l'un des maillons de la prise en charge médico-sociale des personnes handicapées. Le parcours d'accompagnement, tel que la loi du 11 février 2005 en a posé le principe, serait facilité, les ARS pouvant définir la composition de leur offre médico-sociale au regard des besoins de l'ensemble des usagers. Elle permettrait notamment la poursuite du développement des fongibilités budgétaires entre établissements et services pour personnes handicapées, ce qui permettrait d'affecter les moyens au regard des besoins et non d'une simple reconduction historique des enveloppes.

Intégrer les ESAT au sein de l'ONDAM permettrait une simplification du régime financier des structures et améliorerait le traitement des situations de transition entre établissements, par le biais de la contractualisation, outil pouvant favoriser un parcours des usagers entre différents établissements et services : passage des structures enfants vers les structures adultes autour de l'âge de 20 ans et sortie des structures ESAT pour les personnes handicapées vieillissantes. Cette mesure vient donc à l'appui des orientations fixées dans la circulaire n° DGCS/3B/5C/5A/2015/168 du 27 mai 2015 relative à la campagne budgétaire des ESAT qui invite les ARS à développer la contractualisation pluriannuelle avec le déploiement de nouveaux CPOM conçus comme un levier important pour favoriser un accompagnement vers et dans l'emploi de leur travailleurs handicapés.

Cette rationalisation des périmètres de responsabilité et de financements des ESAT par les ARS constitue une première étape de simplification dans la perspective de la réforme plus large de la tarification des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées.

Ainsi, les ARS disposeront d'une enveloppe de crédits issus de l'OGD PH qui intègrera l'ensemble des crédits, non fléchés, pour le financement de l'ensemble des ESMS PH, y compris des ESAT. Concrètement, les crédits alloués aux ESAT seront déterminés dans le cadre de la circulaire de campagne annuelle relative aux orientations pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées. Les dotations régionales limitatives (DRL) définies par la CNSA dans le cadre de cette campagne incluront les crédits relatifs aux ESAT..

Les aides au poste (ex-GRTH), qui soutiennent la rémunération des travailleurs handicapés employés dans les ESAT continueront d'être financées directement par le programme 157. En effet, leur transfert au sein de l'ONDAM n'aurait pas de sens s'agissant de dépenses ne s'assimilant pas à des tarifs.

Par ailleurs, la conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014 et le, rapport de D. Piveteau, « Zéro sans solutions » ont réaffirmé, la nécessité de favoriser un parcours professionnel cohérent avec les compétences de la personne comme un facteur de réussite de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapées. En milieu de travail protégé, tout comme c'est déjà le cas en milieu ordinaire de travail, cette insertion peut nécessiter une mise en situation préalable au sein des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), établissements médico-sociaux promouvant une insertion professionnelle de personnes handicapées ayant un besoin d'accompagnement renforcé par rapport à ce qui leur est accordé au sein du milieu ordinaire de travail. Cette mise en situation comporte des objectifs pluriels : permettre de confirmer l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire proposant une orientation vers le secteur de travail protégé, la découverte, pour le travailleur handicapé d'un type d'activité économique, ou encore de réévaluer les compétences de la personne en situation de handicap.

Pour mettre en place ces immersions en ESAT, il est important que les personnes en situation de handicap soient couvertes au titre des accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP). Cette mesure permet une sécurisation de la mise en situation de la personne handicapée, exposée aux mêmes risques que les travailleurs handicapés au sein des ESAT, et une orientation pertinente des personnes dans le cadre de leur inclusion dans le milieu du travail.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à harmoniser le financement des ESAT avec le financement des autres ESMS accueillant des personnes handicapées, soit : un regroupement au sein de l'ONDAM médico-social, une délégation d'enveloppe aux ARS qui tarifient et une liquidation par les CPAM.

La mise en œuvre de cette mesure nécessite l'abondement de l'ONDAM MS à hauteur des dépenses des ESAT correspondantes et l'affectation en contrepartie du transfert de ces dépenses dans le champ de l'assurance maladie d'une recette dont le volume et la dynamique sont en phase avec le rythme des besoins de cette catégorie d'établissements (). Il faudrait donc imaginer le transfert d'une recette actuelle de l'Etat.

Le transfert des opérations de liquidation aux CPAM permettra d'uniformiser la gestion de l'ensemble des ESMS.

Par ailleurs, afin de permettre aux personnes handicapées de bénéficier d'une mise en situation en milieu de travail protégé, la présente mesure permet de couvrir au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles les personnes en situation de handicap dans le cadre de mises en situations prescrites par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou les organismes qui assurent pour leur compte des services d'évaluation et d'accompagnement des besoins des personnes handicapées (mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles).

Pour ce faire, il est proposé de compléter l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale qui permet de couvrir les personnes qui ne perçoivent pas de salaires au titre de leur activité. Les modalités d'affiliation, de paiement des cotisations et de déclaration des accidents du travail sont, dès lors, précisées par décret sur une base différente de celle retenue pour les salariés.

Cette mesure s'inscrit dans l'ensemble des travaux menés depuis le comité interministériel du handicap le 25 septembre 2013 (travaux de Marie-Sophie Desaulle, à la suite du rapport de Denis Piveteau, « Zéro sans solutions », rapport d'Annick Le Houérou).

Cette mesure opérationnelle est un outil au service de la politique de fluidité du parcours professionnel des personnes handicapées portée par les pouvoirs publics.

En outre, cette mesure est très attendue par les acteurs du secteur du travail protégé (ANDICAT, APF et UNAPEI notamment),

b) Autres options possibles

Un scénario consistant à maintenir un financement des ESAT sur des crédits Etat a été écarté en ce qu'il ne permet pas de répondre aux problèmes actuels liés à un financement distinct de ces structures par rapport aux autres ESMS. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale.

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

La mesure proposée relève du champ de la LFSS défini à l'art. LO. 111-3 du CSS dans la mesure où en opérant le transfert de 1,5Mds de crédits au sein de l'ONDAM médico-social, elle influe sur l'équilibre financier de l'assurance maladie. Il en va de même pour la couverture des risques AT-MP, la mesure affectant directement les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général. Elle prend donc place dans la partie IV de la loi de financement de la sécurité sociale comme comportant principalement des effets directs sur les dépenses des régimes obligatoires de base et organismes concourant à leur financement (2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale).

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

Cette mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Les articles à modifier relèvent du code de l'action sociale et des familles (article L. 121-7, L. 313-3, L. 314-3-1, L. 314-4, L. 344-4, L. 345-3), ainsi que du code de la sécurité sociale (article L. 412-8).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le transfert des crédits Etat du Programme 157 vers le sous-objectif « personnes handicapées » de l'ONDAM couvre l'intégralité des dépenses de fonctionnement des ESAT, ainsi que son PAI.

Le maintien du financement des aides au poste - représentant une contribution à la rémunération des travailleurs handicapés accueillis en ESAT, des charges et cotisations sociales - au sein du budget de l'Etat est garant de la maîtrise des dépenses liées aux créations de place dans les ESAT. Les mesures nouvelles ne pourront en effet être envisagées qu'en accompagnement d'un financement par l'Etat, sur le budget opérationnel de programme « handicap et dépendance » (BOP 157), des aides au poste supplémentaires. Une importance particulière s'attachera à la planification et à la programmation des créations de places supplémentaires en ESAT.

Ce transfert de financement sera compensé à la sécurité sociale dans le cadre des lois financières pour 2017. Il constitue donc une mesure de périmètre pour l'assurance maladie et l'ONDAM. La mise en place d'une couverture AT-MP aura un impact financier sur les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du fait de prestations supplémentaires versées aux populations visées. Les cotisations correspondantes seront ajustées chaque année en fonction du montant des prestations versées à ce titre. Ces cotisations sont estimées entre 46 350 € et 142 500 € en fonction des hypothèses retenues, en considérant que la durée moyenne de la mise en situation est de 10 jours pour 5 heures de mise en situation par jour et que le coût du risque AT-MP est calculé sur la base de celui établi au titre des salariés des établissements et services d'aides par le travail, qui s'élevait en 2015 à 0,03 € de l'heure (taux de 2,1%). Ce taux de cotisation est recalculé chaque année par la CNAMTS en fonction de la sinistralité constatée au sein des ESAT et fait l'objet d'un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
		- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet

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

L'Agence de services et de paiement (ASP) n'assurera plus la « liquidation » des crédits de fonctionnement aux ESAT. Cette mission sera transférée aux CPAM. L'ASP continuera cependant à assurer le versement des aides au poste.

En ce qui concerne la couverture AT-MP, l'organisme désigné par décret (ESAT ou organisme prescripteur) sera responsable de l'affiliation des personnes concernées et, le cas échéant, de la déclaration des accidents du travail. Il devra également recenser chaque trimestre les personnes en stage de mise en situation et décompter le nombre d'heures de formation.

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

L'organisme désigné par décret (ESAT ou organisme prescripteur) sera responsable du paiement des cotisations AT-MP à l'URSSAF territorialement compétente.

d) impact sur le fonctionnement des MDPH

Les MDPH devront passer des conventions avec les ESAT pour chaque mise en situation individuelle.

e) impact pour la CNSA

La CNSA devra gérer les échanges avec les organismes désignés par décret pour assurer le remboursement des cotisations versées au titre de la couverture AT-MP.

La ligne budgétaire sur laquelle la CNSA devra rembourser les organismes doit être précisée.

Ces transferts de missions auront un impact sur la charge de travail de la CNSA et des CPAM.

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

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

Un décret devra intervenir avant le 1er janvier 2017 pour adapter la partie réglementaire du code de l'action et des familles. La convention financière entre l'Etat et l'ASP devra être résiliée à la faveur d'une nouvelle convention dont le champ sera limité à l'aide au poste avant le 1er janvier 2017.

Concernant la couverture des personnes handicapées bénéficiant d'une mise en situation en milieu de travail protégé au titre des AT-MP, un décret simple précisera l'organisme responsable de l'affiliation des personnes concernées, des

déclarations des accidents du travail et du paiement des cotisations, ainsi que le salaire servant de base au calcul des cotisations et des rentes**.**

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

Le dispositif doit être effectif au 1er janvier 2017 en ce qui concerne le transfert de financement.

En ce qui concerne la couverture AT-MP, La mesure sera mise en œuvre dès la publication du décret mentionné ci-dessus.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Pas de suivi spécifique de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 121-7 actuel du Code de l'action sociale et des familles (CASF) :	**Article L. 121-7 modifié du Code de l'action sociale et des familles :**
Sont à la charge de l'Etat au titre de l'aide sociale :	Sont à la charge de l'Etat au titre de l'aide sociale :
1° Les dépenses d'aide sociale engagées en faveur des personnes mentionnées aux articles L. 111-3 et L. 232-6 ;	1° Les dépenses d'aide sociale engagées en faveur des personnes mentionnées aux articles L. 111-3 et L. 232-6 ;
2° Les frais d'aide médicale de l'Etat, mentionnée au titre V du livre II ;	2° Les frais d'aide médicale de l'Etat, mentionnée au titre V du livre II ;
3° La part du revenu de solidarité active financée par le fonds national des solidarités actives en application de l'article L. 262-24 ;	3° La part du revenu de solidarité active financée par le fonds national des solidarités actives en application de l'article L. 262-24 ;
4° L'allocation simple aux personnes âgées, mentionnée à l'article L. 231-1 ;	4° L'allocation simple aux personnes âgées, mentionnée à l'article L. 231-1 ;
5° L'allocation différentielle aux adultes handicapés, mentionnée à l'article L. 241-2 ;	5° L'allocation différentielle aux adultes handicapés, mentionnée à l'article L. 241-2 ;
6° Les frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle, mentionnés aux articles L. 344-3 à L. 344-6 ;	6° Les frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle, mentionnés aux articles L. 344-3 à L. 344-6 ;
7° Les frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail, mentionnés aux articles L. 344-2 à L. 344-6 ;	~~*7° Les frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail, mentionnés aux articles L. 344-2 à L. 344-6 ;*~~
8° Les mesures d'aide sociale en matière de logement, d'hébergement et de réinsertion, mentionnées aux articles L. 345-1 à L. 345-3 ;	8° Les mesures d'aide sociale en matière de logement, d'hébergement et de réinsertion, mentionnées aux articles L. 345-1 à L. 345-3 ;
9° L'allocation aux familles dont les soutiens indispensables accomplissent le service national, mentionnée à l'article L. 212-1.	9° L'allocation aux familles dont les soutiens indispensables accomplissent le service national, mentionnée à l'article L. 212-1.
Article L. 313-3 actuel du CASF :	**Article L. 313-3 modifié du CASF :**
L'autorisation est délivrée :	L'autorisation est délivrée :
a) Par le président du conseil départemental, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être	a) Par le président du conseil départemental, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être

prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ; b) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, b du 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au a du 5° du I du même article ; c) Par l'autorité compétente de l'Etat pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 10°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1 ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ; d) Conjointement par le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du b du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ; e) Conjointement par l'autorité compétente de l'Etat et le président du conseil départemental pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du c du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1 ; f) Conjointement par l'autorité compétente de l'Etat et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du b et du c du présent article.	prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ; b) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, ~~*b du*~~ 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie~~*, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au a du 5° du I du même article ;*~~ c) Par l'autorité compétente de l'Etat pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 10°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1 ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ; d) Conjointement par le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du b du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ; e) Conjointement par l'autorité compétente de l'Etat et le président du conseil départemental pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du c du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1 ; f) Conjointement par l'autorité compétente de l'Etat et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du b et du c du présent article.
Article L. 314-3-1 actuel du CASF :	**Article L. 314-3-1 modifié du CASF :**
Relèvent de l'objectif géré, en application de l'article L. 314-3, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : 1° Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ; 2° Les établissements et services mentionnés aux 11° et 12° du I du même article qui accueillent des personnes handicapées ou âgées dépendantes ; 3° Les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code ; 4° Les établissements pour personnes handicapées qui exercent légalement leur activité en Suisse ou dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et qui servent des prestations à des enfants et adolescents handicapés ou aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4, dans le cadre de conventions passées avec les organismes français de sécurité sociale gérant des régimes obligatoires d'assurance maladie dont ceux-ci relèvent en qualité d'ayants droit ou d'assurés.	Relèvent de l'objectif géré, en application de l'article L. 314-3, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : 1° Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, ~~*b du 5*~~° et 7° du I de l'article L. 312-1 ; 2° Les établissements et services mentionnés aux 11° et 12° du I du même article qui accueillent des personnes handicapées ou âgées dépendantes ; 3° Les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code ; 4° Les établissements pour personnes handicapées qui exercent légalement leur activité en Suisse ou dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et qui servent des prestations à des enfants et adolescents handicapés ou aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4, dans le cadre de conventions passées avec les organismes français de sécurité sociale gérant des régimes obligatoires d'assurance maladie dont ceux-ci relèvent en qualité d'ayants droit ou d'assurés.

Article L. 314-4 actuel du CASF	Article L. 314-4 modifié du CASF
Le montant total annuel des dépenses des établissements et services mentionnés aux a du 5°, aux 8°, 13° et 14° du I de l'article L. 312-1, qui sont à la charge de l'Etat, et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales de fonctionnement de ces établissements et services sont déterminés par le total du montant limitatif inscrit à ce titre dans la loi de finances de l'année de l'exercice considéré et, à titre complémentaire, s'agissant des établissements et services mentionnés au a du 5° du I de l'article L. 312-1, des crédits inscrits à ce titre dans le budget du même exercice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ce montant total annuel est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations régionales est fixé par le ministre chargé de l'action sociale, en fonction des besoins de la population, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions. A cet effet, un arrêté interministériel fixe, annuellement, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés au premier alinéa, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.	Le montant total annuel des dépenses des établissements et services mentionnés ~~*aux a du 5°,*~~ aux 8°, 13° et 14° du I de l'article L. 312-1, qui sont à la charge de l'Etat, et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales de fonctionnement de ces établissements et services sont déterminés par le total du montant limitatif inscrit à ce titre dans la loi de finances de l'année de l'exercice considéré ~~*et, à titre complémentaire, s'agissant des établissements et services mentionnés au a du 5° du I de l'article L. 312-1, des crédits inscrits à ce titre dans le budget du même exercice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.*~~ Ce montant total annuel est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations régionales est fixé par le ministre chargé de l'action sociale, en fonction des besoins de la population, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions. A cet effet, un arrêté interministériel fixe, annuellement, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés au premier alinéa, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.
Article L. 344-4 actuel du CASF	**Article L. 344-4 modifié du CASF**
Les frais des établissements de rééducation professionnelle directement entraînés par la formation professionnelle ou le fonctionnement de l'atelier, ainsi que les charges de fonctionnement de l'activité sociale des centres d'aide par le travail sont pris en charge sans qu'il soit tenu compte des ressources de l'intéressé, pour les établissements de rééducation professionnelle par l'assurance maladie, et pour les centres d'aide par le travail, par l'aide sociale à la charge de l'Etat.	Les frais des établissements de rééducation professionnelle directement entraînés par la formation professionnelle ou le fonctionnement de l'atelier, ainsi que les charges de fonctionnement de l'activité sociale des ~~*centres d'aide par le travail*~~ **établissements mentionnés au a du 5° du I de l'article L. 312-1** sont pris en charge sans qu'il soit tenu compte des ressources de l'intéressé~~*, pour les établissements de rééducation professionnelle , et pour les centres d'aide par le travail, par l'aide sociale à la charge de l'Etat*~~ **par l'assurance maladie.**
Article L. 345-3 actuel du CASF :	**Article L. 345-3 modifié du CASF :**
Le bénéfice de l'aide sociale ne peut être accordé ou maintenu aux personnes ou familles accueillies dans un centre d'hébergement et de réinsertion ou dans un centre d'aide par le travail que si une convention a été conclue à cette fin entre le centre et l'Etat ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre leur personne morale gestionnaire et l'Etat dans des conditions définies par décret.	Le bénéfice de l'aide sociale ne peut être accordé ou maintenu aux personnes ou familles accueillies dans un centre d'hébergement et de réinsertion ~~*ou dans un centre d'aide par le travail*~~ que si une convention a été conclue à cette fin entre le centre et l'Etat ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre leur personne morale gestionnaire et l'Etat dans des conditions définies par décret.

Article L. 321-1 du CSS	Article L. 321-1 du CSS
L'assurance maladie comporte :	L'assurance maladie comporte :
1°) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;	1°) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;
2°) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;	2°) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;
3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;	3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles : **a)** des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ; **b) des frais de fonctionnement liés à l'activité sociale ou médico-sociale des établissements mentionnés au 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;**
4°) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;	4°) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;
5°) L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.	5°) L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par

6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 7°) (Abrogé) ; 8°) (Abrogé) ; 9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique	décret. 6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 7°) (Abrogé) ; 8°) (Abrogé) ; 9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique

Article L. 412-8 actuel du CSS	Article L. 412-8 modifié du CSS
Outre les personnes mentionnées à l'article L. 412-2, bénéficient également des dispositions du présent livre, sous réserve des prescriptions spéciales du décret en Conseil d'Etat :	Outre les personnes mentionnées à l'article L. 412-2, bénéficient également des dispositions du présent livre, sous réserve des prescriptions spéciales du décret en Conseil d'Etat :
1° les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur service ;	1° les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur service ;
2° a. les étudiants ou les élèves des établissements d'enseignement technique pour les accidents survenus au cours de cet enseignement ainsi que par le fait ou à l'occasion des stages auxquels il donne lieu ; les écoles et les cours d'enseignement commercial donnant à des élèves réguliers ou intermittents un enseignement complémentaire et de perfectionnement tel que :	2° a. les étudiants ou les élèves des établissements d'enseignement technique pour les accidents survenus au cours de cet enseignement ainsi que par le fait ou à l'occasion des stages auxquels il donne lieu ; les écoles et les cours d'enseignement commercial donnant à des élèves réguliers ou intermittents un enseignement complémentaire et de perfectionnement tel que :
commerce, sténographie, sténotypie, mécanographie, dactylographie, français commercial, correspondance commerciale, droit commercial, comptabilité, publicité, langues étrangères et autres enseignements de nature intellectuelle sont en dehors du champ d'application du présent livre ;	commerce, sténographie, sténotypie, mécanographie, dactylographie, français commercial, correspondance commerciale, droit commercial, comptabilité, publicité, langues étrangères et autres enseignements de nature intellectuelle sont en dehors du champ d'application du présent livre ;
b. les élèves des établissements d'enseignement secondaire ou d'enseignement spécialisé et les étudiants autres que ceux qui sont mentionnés au a. ci-dessus pour les accidents survenus au cours d'enseignements dispensés en ateliers ou en laboratoires ainsi que par le fait ou à l'occasion des stages effectués dans le cadre de leur scolarité ou de leurs études ;	b. les élèves des établissements d'enseignement secondaire ou d'enseignement spécialisé et les étudiants autres que ceux qui sont mentionnés au a. ci-dessus pour les accidents survenus au cours d'enseignements dispensés en ateliers ou en laboratoires ainsi que par le fait ou à l'occasion des stages effectués dans le cadre de leur scolarité ou de leurs études ;
c. les personnes effectuant des stages de formation professionnelle continue conformément aux dispositions du livre IX du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation y compris si cette formation est effectuée par des salariés en partie hors du temps de travail dans les conditions fixées par les articles L. 932-1 et L. 932-2 du code du travail ;	c. les personnes effectuant des stages de formation professionnelle continue conformément aux dispositions du livre IX du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation y compris si cette formation est effectuée par des salariés en partie hors du temps de travail dans les conditions fixées par les articles L. 932-1 et L. 932-2 du code du travail ;
d. les bénéficiaires des allocations mentionnées au 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reclassement ;	d. les bénéficiaires des allocations mentionnées au 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reclassement ;
e. les bénéficiaires des allocations versées au titre de l'article L. 1233-68 du code du travail pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reclassement ;	e. les bénéficiaires des allocations versées au titre de l'article L. 1233-68 du code du travail pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reclassement ;
f. Les personnes, non mentionnées aux a et b, qui effectuent, dans un organisme public ou privé, un stage d'initiation, de formation ou de complément de formation professionnelle ne faisant pas l'objet d'un contrat de travail et	f. Les personnes, non mentionnées aux a et b, qui effectuent, dans un organisme public ou privé, un stage d'initiation, de formation ou de complément de formation professionnelle ne faisant pas l'objet d'un contrat de travail et

n'entrant pas dans le cadre de la formation professionnelle continue telle que définie par le livre IX du code du travail ;	n'entrant pas dans le cadre de la formation professionnelle continue telle que définie par le livre IX du code du travail ;
3° les personnes accomplissant un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle dans les conditions prévues par le présent code, les victimes menant des actions de formation professionnelle ou d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 433-1, les assurés sociaux bénéficiaires de l'article L. 324-1 ou titulaires d'une pension d'invalidité en vertu du chapitre 1er du titre IV du livre III et les personnes autres que celles appartenant aux catégories ci-dessus et qui, en vertu d'un texte législatif ou réglementaire, effectuent un stage de rééducation professionnelle dans les écoles administrées par l'office national des anciens combattants et victimes de la guerre, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de la réadaptation ou de la rééducation ;	3° les personnes accomplissant un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle dans les conditions prévues par le présent code, les victimes menant des actions de formation professionnelle ou d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 433-1, les assurés sociaux bénéficiaires de l'article L. 324-1 ou titulaires d'une pension d'invalidité en vertu du chapitre 1er du titre IV du livre III et les personnes autres que celles appartenant aux catégories ci-dessus et qui, en vertu d'un texte législatif ou réglementaire, effectuent un stage de rééducation professionnelle dans les écoles administrées par l'office national des anciens combattants et victimes de la guerre, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de la réadaptation ou de la rééducation ;
4° les pupilles de l'éducation surveillée, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion d'un travail commandé, dans les conditions déterminées par un décret ;	4° les pupilles de l'éducation surveillée, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion d'un travail commandé, dans les conditions déterminées par un décret ;
5° les détenus exécutant un travail pénal, les condamnés exécutant un travail d'intérêt général et les personnes effectuant un travail non rémunéré dans le cadre d'une composition pénale pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de ce travail, dans les conditions déterminées par décret ;	5° les détenus exécutant un travail pénal, les condamnés exécutant un travail d'intérêt général et les personnes effectuant un travail non rémunéré dans le cadre d'une composition pénale pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de ce travail, dans les conditions déterminées par décret ;
6° les personnes qui participent bénévolement au fonctionnement d'organismes à objet social créés en vertu ou pour l'application d'un texte législatif ou réglementaire, dans la mesure où elles ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du présent livre. Un décret détermine la nature des organismes mentionnés par la présente disposition ; il peut en établir la liste ;	6° les personnes qui participent bénévolement au fonctionnement d'organismes à objet social créés en vertu ou pour l'application d'un texte législatif ou réglementaire, dans la mesure où elles ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du présent livre. Un décret détermine la nature des organismes mentionnés par la présente disposition ; il peut en établir la liste ;
7° les salariés désignés, en application de l'article L. 992-8 du code du travail, pour siéger dans une commission, un conseil ou un comité administratifs ou paritaires, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions dans les conditions définies par décret ;	7° les salariés désignés, en application de l'article L. 992-8 du code du travail, pour siéger dans une commission, un conseil ou un comité administratifs ou paritaires, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions dans les conditions définies par décret ;
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 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 8° ;	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 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 8° ;
9° les salariés accomplissant un stage de formation dans les conditions prévues par les	9° les salariés accomplissant un stage de formation dans les conditions prévues par les

articles L. 236-10, L. 434-10 et L. 451-1 du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation ;	articles L. 236-10, L. 434-10 et L. 451-1 du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation ;
10° Les bénéficiaires du montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur insertion, dans des conditions déterminées par décret ;	10° Les bénéficiaires du montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur insertion, dans des conditions déterminées par décret ;
11° Les bénéficiaires d'actions d'aide à la création d'entreprise ou d'actions d'orientation, d'évaluation ou d'accompagnement dans la recherche d'emploi dispensées ou prescrites par Pôle emploi ou par les organismes mentionnés aux 2°, 3° et 5° de l'article L. 5135-2 du code du travail, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces actions ;	11° Les bénéficiaires d'actions d'aide à la création d'entreprise ou d'actions d'orientation, d'évaluation ou d'accompagnement dans la recherche d'emploi dispensées ou prescrites par Pôle emploi ou par les organismes mentionnés aux 2°, 3° et 5° de l'article L. 5135-2 du code du travail, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces actions ;
12° Les salariés désignés, dans les conditions définies à l'article L. 225-8 du code du travail, pour siéger dans une instance instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'Etat pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions, dans la mesure où ils ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du présent article ;	12° Les salariés désignés, dans les conditions définies à l'article L. 225-8 du code du travail, pour siéger dans une instance instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'Etat pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions, dans la mesure où ils ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du présent article ;
13° Les personnes ayant souscrit un service civique dans les conditions prévues aux titres Ier bis et II du livre Ier du code du service national ;	13° Les personnes ayant souscrit un service civique dans les conditions prévues aux titres Ier bis et II du livre Ier du code du service national ;
14° Dans des conditions fixées par décret, les personnes bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique au titre de l'article L. 127-1 du code de commerce ;	14° Dans des conditions fixées par décret, les personnes bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique au titre de l'article L. 127-1 du code de commerce ;
14° bis Les personnes mentionnées au 2 de l'article 200 octies du code général des impôts ;	14° bis Les personnes mentionnées au 2 de l'article 200 octies du code général des impôts ;
15° Les volontaires pour l'insertion mentionnés à l'article L. 130-4 du code du service national ;	15° Les volontaires pour l'insertion mentionnés à l'article L. 130-4 du code du service national ;
16° Les titulaires de mandats locaux ;	16° Les titulaires de mandats locaux ;
17° Les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail, dans des conditions définies par décret.	17° Les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail, dans des conditions définies par décret.
	18° Les bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services définis au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles prescrites par les maisons départementales des personnes handicapées ou les organismes assurant des services d'évaluation ou d'accompagnement des besoins des personnes handicapées mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 146-3 du même code ou par des organismes accompagnant des mises en situation ayant passé convention avec la maison

	départementale des personnes handicapées leur ouvrant la possibilité de prescrire ces mises en situation, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces mises en situation.
Les dispositions de l'article L. 434-1 du présent code ne sont pas applicables aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2°.	Les dispositions de l'article L. 434-1 du présent code ne sont pas applicables aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2°.
Un décret précise, en tant que de besoin, les catégories d'élèves, d'étudiants et de stages ainsi que la nature des établissements mentionnés aux a. et b. du 2° ci-dessus.	Un décret précise, en tant que de besoin, les catégories d'élèves, d'étudiants et de stages ainsi que la nature des établissements mentionnés aux a. et b. du 2° ci-dessus.
En ce qui concerne les personnes mentionnées aux 1°, 2° et 3° du présent article et non assujetties aux assurances sociales en vertu du livre III ainsi que les personnes mentionnées au 13° et les personnes mentionnées au 15°, le décret en Conseil d'Etat et, pour les personnes mentionnées aux 4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10°, 11°, 12°, 15°, 16° et 17° des décrets prévus par ceux-ci, déterminent à qui incombent les obligations de l'employeur. Pour les personnes qui ne sont pas rémunérées ou ne reçoivent pas une rémunération normale, ils fixent les bases des cotisations et celles des indemnités.	En ce qui concerne les personnes mentionnées aux 1°, 2° et 3° du présent article et non assujetties aux assurances sociales en vertu du livre III ainsi que les personnes mentionnées au 13° et les personnes mentionnées au 15°, le décret en Conseil d'Etat et, pour les personnes mentionnées aux 4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10°, 11°, 12°, 15°, 16°, **17° et 18°** des décrets prévus par ceux-ci, déterminent à qui incombent les obligations de l'employeur. Pour les personnes qui ne sont pas rémunérées ou ne reçoivent pas une rémunération normale, ils fixent les bases des cotisations et celles des indemnités

ARTICLE 47 – Mesures relatives aux établissements et services médico-sociaux : passage en dotation globale de financement et réduction du délai de facturation

I. Présentation de la mesure

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

La signature des CPOM avec les ESMS permet une contractualisation entre l'ARS et les ESMS sur des objectifs qualitatifs. Dans le cadre de la mission pilotée par Marie-Sophie Desaulle « Une réponse accompagnée pour tous » (qui met en œuvre le rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution »), la signature de CPOM avec les ESMS constitue un outil essentiel de transformation de l'offre et d'évolution des pratiques pour permettre un meilleur accompagnement des situations complexes de handicap.

La conclusion d'un CPOM s'accompagne d'un passage en dotation globale.

En effet, une partie significative des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) qui accompagnent des personnes en situation de handicap (PH) est encore financée sous forme de prix de journée (PJ). Pour le calcul du PJ de l'exercice, les recettes de la tarification, ajustées au niveau des charges autorisées, sont divisées par l'activité prévisionnelle, elle-même normalement déterminée en fonction de la moyenne des trois derniers exercices (art. R.314-113 du CASF). Ce mode de tarification est potentiellement inflationniste. En effet, un établissement qui réalise une suractivité, notamment liée à une sous-estimation de l'activité prévisionnelle, peut générer des recettes supplémentaires par rapport aux prévisions de recettes de tarification, sans que d'ailleurs cela ne se traduise toujours par un surcroît de charges.

Le suivi de l'objectif global des dépenses (OGD) montre ainsi une tendance au dépassement de cet objectif dans le secteur des établissements pour personnes handicapées qui s'explique en partie par ce mode de tarification.

Remplacer le financement au prix de journée par un financement par dotation globale (DG) permettrait de contenir ces déplacements.

Plusieurs agences régionales de santé (ARS) ont déjà enclenché le passage en DG de certains établissements de leur ressort géographique assorti de la conclusion d'un CPOM par la mise en œuvre des dispositions des articles R. 314-115 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

La circulaire N° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2015/137 du 23 avril 2015 relative aux orientations de l'exercice 2015 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées a appelé l'attention des ARS sur l'intérêt d'encourager les ESMS PH, notamment ceux qui assurent une prestation d'accueil temporaire, à opter pour un versement en prix de journée globalisé (voir en particulier l'annexe 11).

Un passage à un financement en dotation globale permettra un meilleur pilotage de la dépense.

Par ailleurs, dans ces structures, lorsque les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs, les recettes relatives à la facturation de ces tarifs sont actuellement liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent. Ces dispositions ne permettant pas d'exclure du prix de journée applicable au 1er janvier, les crédits non reconductibles perçus et la reprise du résultat de l'année précédente, l'assurance maladie consent chaque année sur les 6 premiers mois, du fait des dates effectives de prises d'arrêtés tarifaires, des avances de trésorerie conséquentes, de l'ordre de 100 M€ chaque année. Cette règle est préjudiciable au pilotage des dépenses d'assurance maladie et aux établissements eux-mêmes qui subissent des ressauts de recettes pouvant obérer pour partie leur trajectoire financière.

Dans l'attente de la conclusion des CPOM, ces mêmes établissements disposent actuellement d'un délai long pour émettre et modifier leurs factures auprès de l'assurance maladie. Ce délai est incompatible avec un pilotage pertinent de l'ONDAM qui nécessite de disposer le plus rapidement possible des données de dépenses afférentes à l'exercice en cours, et, plus généralement, d'être en mesure de rattacher les dépenses réalisées au bon exercice.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de couvrir l'ensemble des établissements pour personnes handicapées relevant de la compétence des ARS par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et de faire ainsi entrer dans le régime de la dotation globale les établissements restant tarifés en prix de journée à travers la signature de ces contrats, à moyens constants. Il s'agirait ainsi d'utiliser le CPOM comme un outil de rationalisation à l'instar des plans de retour à l'équilibre mais aussi d'amélioration qualitative de l'offre via la contractualisation sur des objectifs particuliers (accompagnement de

situations complexe, personnes handicapées vieillissantes notamment). Fondé sur un diagnostic approfondi et partagé, le CPOM peut permettre d'identifier des leviers d'économies (mutualisations, coopérations, GPEC…) et les leviers d'amélioration qualitative de l'offre. Ces CPOM pourraient, comme le prévoit l'article L. 313-11 du CASF, inclure d'autres catégories d'établissements et de services relevant pour leur tarification du ou des présidents de conseil départemental ou du directeur général de l'ARS, lorsque ces derniers sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial.

Ce passage en dotation globale peut se faire à coût constant : l'absence d'outils mesurant les besoins individuels et décrivant les prestations ne permet pas d'objectiver le besoin de rebasage des établissements ; des ARS ont déjà pu engager le passage en DG de leurs établissements sans moyens nouveaux ; les besoins de financement qui pourraient accompagner les réformes issues des travaux menés par l'équipe projet SERAFIN-PH plaident pour ne pas consacrer les moyens nouveaux à un rebasage des dépassements.

Dans la mesure où ce type de CPOM est plus complexe à négocier pour l'ARS, il conviendra de laisser à ces dernières un délai suffisant, tout en prévoyant une incitation forte à contractualiser pour les gestionnaires concernés. Il est proposé de fixer cette période transitoire à 6 ans, en prévoyant une programmation annuelle des CPOM par les DG d'ARS.

La mesure prévoit par ailleurs un dispositif permettant d'améliorer la gestion du décalage entre l'exercice tarifaire et l'année civile. Il est donc proposé que les ARS fixent lors de la campagne d'une année, le prix de journée qui s'appliquera à titre conservatoire au début de l'exercice suivant dans l'attente de la nouvelle campagne tarifaire. Ce dispositif permet donc de sécuriser les recettes de l'établissement sur les premiers mois de l'année. Un décret viendra préciser que ce prix de journée conservatoire correspond au niveau des crédits reconductibles de l'année en cours.

Enfin, par cohérence avec les mesures prises sur le champ sanitaire les années précédentes et afin d'améliorer le pilotage de l'ONDAM, il est proposé de ramener le délai de facturation des prestations à l'assurance maladie par les établissements pour personnes handicapées à un an.

b) Autres options possibles

Sans objet.

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

La mesure permet de prévenir tout risque de dépassements de l'OGD PH et par conséquence contribue à modérer la progression de l'ONDAM médico-social. A ce titre, elle a un impact sur l'évolution de la dépense d'assurance maladie pour le financement de ces structures et a donc sa place en LFSS au titre 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 une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

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

III. Aspects juridiques

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

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

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 313-12-2 et L. 314-7 du CASF et crée un article L. 132-24-1 dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet**.**

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

2. Cette mesure a pour effet de **prévenir tout risque de dépassements de l'OGD PH** et par conséquence contribue à modérer la progression de l'ONDAM médico-social.

3. En effet, cette mesure fait passer progressivement sous le régime de la dotation globale les établissements restant tarifés en PJ, à travers la signature de CPOM, à moyens constants. Le CPOM constitue un outil de rationalisation et d'économies à l'instar des plans de retour à l'équilibre mais aussi un outil de transformation qualitative de l'offre (pour répondre aux besoins posés par les situations complexes de handicap, vieillissement des personnes handicapées notamment). Fondé sur un diagnostic approfondi et partagé, le CPOM peut permettre d'identifier des leviers d'économies (mutualisations, coopérations, GPEC…).

4. Par suite, l'économie moyenne liée à cette mesure peut être estimée **à 35 M€,** ce qui correspond au dépassement annuel moyen de l'OGD PH constaté ces cinq dernières années (pour mémoire trois années de dépassement : 100 M€ en 2010, 16 M€ en 2012 et 56 M€ en 2013). Il s'agit d'une moyenne, car le dépassement ne s'est pas réalisé chaque année.

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

a) impacts économiques

Cette réforme constitue pour les établissements concernés une mesure de simplification administrative importante. Alors qu'ils doivent actuellement assurer une facturation mensuelle des prix de journée à chaque régime d'assurance maladie, le passage en dotation globale se traduira par une réduction du nombre des états administratifs et d'interlocuteurs de l'assurance maladie. Dans le cadre des financements par DG, le code de la sécurité sociale prévoit à cet effet la désignation d'une caisse pivot pour l'ensemble des régimes et la transmission par l'établissement d'un état trimestriel permettant la répartition des financements versés entre les différents régimes.

Cette réforme améliore également la trésorerie de ces établissements : alors que la facturation des prix de journée s'effectue à terme échu et qu'elle nécessite un temps de traitement de la part des organismes payeurs, le versement de la DG s'effectue par douzième, le 20 du mois en cours. En outre, cette modalité de financement diminue le volume de

créances de ces établissements, en supprimant les délais de paiement des prix de journée dus pour des assurés ou ayants-droit dont le dossier administratif auprès de la caisse serait incomplet.

Pendant la période transitoire, la modification des bases de calcul du prix de journée permet un meilleur pilotage des dépenses d'assurance maladie et des recettes des établissements et, de ce fait, un allègement des avances de trésorerie. En outre, la réduction à un an du délai de facturation permettra un meilleur suivi des dépenses et le rattachement des dépenses réalisées au bon exercice afin de garantir un pilotage plus fin de l'ONDAM.

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.

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

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

Néant.

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

La mesure accentuera l'activité des ARS en matière de contractualisation avec les établissements concernés. Les caisses primaires d'assurance maladie auront moins d'opérations de paiement à réaliser.

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

Néant.

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

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

Un décret en conseil d'Etat viendra préciser les modalités de tarification des établissements ayant conclu un CPOM.

Un décret simple viendra préciser le contenu et les modalités de fixation du prix de journée conservatoire créé à l'article L.314-7 du code de l'action sociale et des familles.

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

Dès 2016 et au fil du renouvellement des CPOM.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure ne fait pas l'objet d'un dispositif de suivi spécifique.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 313-12-2 actuel du code de l'action sociale et des familles	Article L. 313-12-2 modifié du code de l'action sociale et des familles
Les établissements et services mentionnés aux 2°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'Etat dans la région et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification. Ce contrat comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre. Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	**Les établissements et services mentionnés au 2°, au *b* du 5° et au 7° du I de l'article L. 312-1 relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé concluent avec ce dernier un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L.313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraine d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.** Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
IV bis actuel de l'article L.314-7	**IV bis de l'article L.314-7 modifié**
Dans le cas où les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs, les recettes relatives à la facturation desdits tarifs journaliers sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent. Les tarifs de l'exercice dont la date d'effet est précisée dans l'arrêté tarifaire sont calculés en prenant en compte, en application du précédent alinéa, les produits facturés sur la base de l'exercice précédent entre le 1er janvier et ladite date d'effet.	**La décision de tarification au titre de l'année prévoit, dans des conditions et selon des modalités prévues par décret, des tarifs de reconduction provisoires applicables au 1er janvier de l'année qui suit.** **Dans le cas où les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause et dans l'hypothèse où un tarif de reconduction provisoire n'a pas été fixé, les recettes relatives à la facturation desdits tarifs sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs.** Les tarifs de l'exercice dont la date d'effet est précisée dans l'arrêté tarifaire sont calculés en prenant en compte, en application **des deux précédents alinéas,** les produits facturés sur la base de l'exercice précédent entre le 1er janvier et ladite date d'effet.

ARTICLE 48 - Report de la réforme de la participation financière de l'assuré aux frais d'hospitalisation

I. Présentation de la mesure

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

Lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé a été mis en place un dispositif transitoire permettant aux hôpitaux publics et aux établissements privés participant au service public hospitalier de continuer à calculer la participation financière des assurés aux frais de soins (ticket modérateur - TM) sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours (GHS).

Cette phase transitoire était rendue nécessaire pour deux motifs. Le premier résidait dans l'impossibilité pour ces établissements d'établir une facturation individuelle directe sur la base des tarifs nationaux au moment de la mise en œuvre de la réforme du financement. Le second est lié à l'effet financier de cette modification de l'assiette de calcul du ticket modérateur compte tenu du périmètre restreint des tarifs nouvellement définis par rapport au financement global du séjour qui passe également par des forfaits annuels et des dotations (MIGAC)

La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) étant progressivement montée en charge depuis 2004, les dispositions de l'article 33 de la LFSS pour 2004 modifiées prévoient de remplacer, au premier janvier 2016, l'assiette sur laquelle porte le calcul du ticket modérateur en passant des TJP aux GHS.

Toutefois, le changement de l'assiette de calcul de la participation de l'assuré suppose une évolution des processus de facturation au sein des établissements qui n'a pas encore pleinement abouti. Il suppose par ailleurs de revoir la cible actuellement fixée de bascule sur les tarifs nationaux des prestations (GHS) dans la mesure où cette bascule conduirait soit à une perte financière massive injustifiée pour les établissements, soit un déport massif du financement des assurés (et donc très majoritairement des organismes complémentaires qui les couvrent) vers l'assurance maladie obligatoire. En effet, comme cela a été indiqué, les GHS ne représentent qu'une partie du financement global du séjour et il n'apparaît ni justifié et ni soutenable financièrement de réduire massivement l'assiette de la participation des assurés par rapport à la situation antérieure à la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

Un délai supplémentaire de mise en œuvre de la réforme de la participation des assurés aux frais d'hospitalisation dans les établissements antérieurement financés par dotation globale apparaît donc indispensable.

Parallèlement, certains établissements ont développé, depuis la mise en œuvre de la tarification à l'activité, des pratiques d'optimisation de leurs recettes au travers de la fixation du montant de leur TJP. Afin d'éviter que de telles pratiques se prolongent et de permettre progressivement aux établissements de rapprocher, lorsque cela est nécessaire, le montant de ces tarifs de leur valeur réelle, il est nécessaire de prévoir un encadrement de leur évolution. Il sera donc demandé aux ARS de veiller à la diminution des TJP supérieurs au niveau auxquels ils devraient être s'ils étaient fixés conformément à la réglementation actuelle.

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

a) Mesure proposée

- Maintenir la facturation sur la base du TJP dans les établissements ex-DG jusqu'en 2020 :

Il est proposé de reporter la date de réforme de l'assiette de la participation des assurés aux frais d'hospitalisation dans les établissements antérieurement financés par dotation global pour 4 années supplémentaires.

En effet, conformément aux travaux menés par l'inspection générale de finances et l'inspection générale des affaires sociales, l'impossibilité technique actuelle de calculer le ticket modérateur sur la base du GHS sans qu'une modification en profondeur des processus de facturation au sein des établissements de santé ne soit réalisée, nécessite de ménager un délai supplémentaire avant toute modification des règles de facturation du ticket modérateur. Une telle réforme implique en effet le déploiement complet des projets FIDES, ROC, et SIMPHONIE et leur parfaite appropriation par les établissements.

Dans l'intervalle, il est également proposé d'encadrer toute nouvelle hausse des tarifs journaliers de prestations (plafond fixé par voie réglementaire) afin d'enclencher un mouvement vertueux qui viendra faciliter la réforme à horizon 2020.

Ce délai permettra, par ailleurs, de poursuivre les travaux pour d'aboutir à un système simple, équitable et lisible pour le patient.

b) Autres options possibles

- Pérenniser la facturation sur la base des TJP

Cette option ne remédierait pas à une situation insatisfaisante, car les modalités actuelles de détermination du ticket modérateur payé par les patients restent différenciées entre établissements ex DG (établissements publics et privés non lucratifs) et ex OQN (établissements privés lucratifs). Par ailleurs, au sein même des établissements ex DG, les tarifs journaliers de prestations restent différents entre établissements pour des prestations identiques, les TJP étant propres à chaque établissement.

- Ne pas reporter la réforme et faire entrer en vigueur, à droit constant, la facturation sur la base des GHS le 1er janvier 2016

Au-delà des impossibilités techniques mentionnées plus haut, cette option, du fait de l'impact financier massif pour les établissements de santé concernés, aurait pour résultat de générer un déficit insoutenable pour certaines structures pouvant aller jusqu'à mettre en péril la poursuite de l'activité et donc l'offre de soins sur le territoire concerné.

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

La disposition qu'il est proposé de modifier a été inscrite initialement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, et a été modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, puis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Elle affecte la participation des assurés aux frais de soins hospitaliers, produit des conséquences sur les recettes des établissements de santé et donc leur financement. A ce titre, son impact sur l'ONDAM et plus spécifiquement sur l'ODMCO, justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 3° du D du I de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, 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 2016.

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.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences communautaires ou européennes s'appliquant spécifiquement à l'organisation financière d'un système de protection sociale et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Sans objet.

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	*Directement applicable*
Mayotte	*Non applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Non applicable*
Saint Pierre et Miquelon	*Applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette mesure financièrement est neutre pour l'assurance maladie. Toutefois, en son absence, une compensation de la perte de recettes induites pour les établissements de santé nécessiterait la mise en œuvre de mesures exceptionnelles de soutien financier qui aurait un impact sur les dépenses d'assurance maladie et imposerait une hausse de l'ONDAM et plus spécifiquement de l'ODMCO.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016 P ou R	2017	2018	2019
		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

Cette mesure permet de garantir à activité constante les ressources des établissements de santé liées à la participation du patient.

b) La mesure d'encadrement de l'évolution des TJP est, par ailleurs, favorable aux assurés, l'objectif étant de renforcer les actions menées par le Gouvernement depuis 2013 en faveur d'une maitrise de l'évolution des TJP. 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 différents acteurs concernés

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

Aucun.

b) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'information…)

Aucun.

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

Aucun.

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

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

La mesure ne nécessite pas de texte réglementaire d'application.

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

La mesure ne nécessite pas une mise en œuvre nouvelle particulière.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Pas de suivi spécifique de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article II de l'article 33 de la LFSS pour 2004 actuel	Article II de l'article 33 de la LFSS pour 2004 modifié
Jusqu'au 31 décembre 2015, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. Ces tarifs servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale	Jusqu'au 31 décembre ~~2015~~ **2019**, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. **La progression de la base de calcul de cette participation ne peut excéder un plafond fixé par décret.** Ces tarifs servent également à l'exercice

coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.	des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article 49 - Réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation

I. Présentation de la mesure

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

Le domaine des soins de suite et réadaptation se situe au cœur du parcours de soins, dont il constitue un pivot entre l'hospitalisation de court séjour, en amont, et la prise en charge en ville ou dans le secteur médico-social, en aval.

A ce titre, son impact ne se limite pas aux seules prises en charge relevant de sa compétence mais conditionne également la fluidité du court séjour en amont ainsi que les sorties du système sanitaire dans les meilleures conditions possibles d'autonomie.

Le paysage du SSR, malgré une répartition quasi identique entre les trois secteurs (public, privé non lucratif et privé lucratif) est aujourd'hui marqué par une profonde hétérogénéité, influencée par son histoire plus que par la réponse aux besoins de la population.

Cette hétérogénéité vaut aussi pour son financement :

- Le secteur public et une partie du secteur privé non lucratif sont financés à travers une dotation « tout compris » (secteur sous dotation annuelle de financement ou DAF) ;
- Le secteur privé lucratif (et une partie du secteur privé à but non lucratif) est quant à lui financé à travers des prix de journée fixés au niveau régional par l'ARS (secteur sous objectif quantifié national ou OQN), ainsi que les honoraires des médecins libéraux.

De manière générale, les modalités de financement actuelles se traduisent par :

- Une allocation de la ressource déconnectée du volume et de la nature de l'activité dans le secteur sous DAF et fondée sur une description fruste de l'activité dans le secteur sous OQN ;
- D'importants écarts de financement, non corrélés à l'activité, tant entre secteurs qu'au sein de chaque secteur entre les régions voire au sein de chaque région entre établissements ;

La finalité de la réforme est la mise en place d'un nouveau mode de financement afin de pallier les carences actuelles :

- En mettant en place de nouvelles modalités d'allocation des ressources fondées sur des données d'activité, pour garantir des financements à la fois plus efficients et plus équitables entre secteurs et entre établissements ;
- En permettant de moderniser et de sécuriser une offre de soins pertinente et adaptée favorisant, notamment, le développement des prises en charge ambulatoires.

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

a) Mesure proposée

Le modèle de financement proposé, commun aux secteurs public, privé non lucratif et privé lucratif, est innovant en ce qu'il évite les biais des modèles existants : risque inflationniste des financements à l'activité (T2A et prix de journée) et à l'inverse limitation du développement de l'offre et de l'innovation pour les financements sous dotation « historique ».

Le modèle proposé repose sur une dotation modulée à l'activité (DMA) qui s'appuie sur une description de l'activité de SSR et une classification des séjours en groupes médico-économiques. Cette dotation est composée :

- D'une dotation fondée sur l'activité historique des établissements et valorisée aux tarifs de l'année en cours. Elle a vocation à représenter au moins 80% de la recette des établissements dans les premières années de démarrage du modèle. Son allocation permet ainsi de sécuriser une base de ressources minimale permettant aux établissements de mettre en œuvre des stratégies pluriannuelles et de lisser les aléas de revenus liés à l'activité ;
- D'un montant forfaitaire par séjour réalisé au cours de l'année, qui a corrélativement vocation à ne pas excéder 20 % de la rémunération et qui permettra de valoriser les établissements dynamiques qui développeront leur activité tout en optimisant leurs coûts.

En complément, les établissements seront éligibles à trois enveloppes complémentaires permettant de financer certaines activités spécifiques non prises en compte par la classification :

- Le financement de certaines molécules onéreuses (MO) inscrites sur une liste limitative. Il s'agit de permettre aux établissements de dispenser des traitements innovants mais également des traitements intercurrents, qui

sont aujourd'hui un obstacle à la prise en charge en SSR de patients atteints de pathologies chroniques. Cette liste sera distincte de la liste en sus afférente au secteur MCO. Des critères d'inscription et de radiation seront ainsi spécifiquement définis pour le financement de ces molécules onéreuses prescrites dans les établissements SSR. De même, un modèle de régulation innovant de ces dépenses est proposé et ce, à travers l'application d'un coefficient minorant les remboursements des molécules onéreuses de manière à respecter l'enveloppe de dépense afférente, arrêtée annuellement. En cas de respect de l'enveloppe annuelle, les montants correspondants à l'application de ce coefficient pourront être reversés aux établissements en début d'année suivante ;

- Les dotations finançant certaines missions d'intérêt général (MIG) dont les établissements SSR ont spécifiquement la charge en raison de la durée des prises en charge et de la spécificité du projet thérapeutique ;
- L'enveloppe « plateaux techniques spécialisés » (PTS), propre au domaine de la réadaptation – rééducation, vise à compenser une partie des charges induites par l'exploitation de PTS rares et/ou coûteux et aujourd'hui mal décrits par les outils de description de l'activité telle que la classification des séjours servant de base à la DMA. L'amélioration progressive de cette classification permettra de prendre en compte une part de plus en plus importante de ces charges via la DMA et de réduire en conséquence le nombre de plateaux techniques émargeant sur ce financement spécifique, jusqu'à leur intégration complète au sein de cette dotation. Les plateaux techniques spécialisés financés à travers cette enveloppe devront par ailleurs attester d'un niveau minimal d'activité.

Le modèle de financement proposé comporte également les leviers de régulation nécessaires à la maîtrise de la dépense publique. En particulier, il prévoit la mise en œuvre d'un coefficient prudentiel sur le périmètre de la dotation modulée à l'activité, à l'instar des dispositifs de mise en réserve existant sur les autres enveloppes de l'ONDAM hospitalier.

Il est proposé une entrée en vigueur du nouveau modèle de financement à compter du 1er janvier 2017. Il s'agit néanmoins d'une réforme de grande ampleur qui nécessite de nombreux travaux préparatoires et en particulier :

- D'effectuer en 2016 les simulations nécessaires à la finalisation du modèle;
- De rédiger les textes juridiques d'application (DCE, arrêté prestations,…), applicables au 1er janvier 2017 ;
- De permettre une adaptation des systèmes d'information de facturation et une formation des établissements concernés.

L'inscription de la mesure dès le PLFSS pour 2016 apparaît donc indispensable. Elle permet également de préparer la réforme en anticipant, dès 2016, la mise en œuvre d'une dotation spécifique dédiée au financement des missions d'intérêt général, commune aux secteurs public et privé, ainsi que la prise en compte des dépenses liées aux molécules onéreuses (via une modulation de la DAF).

b) Autres options possibles

D'autres options de réforme ont été écartées :

- Une extension du modèle de tarification à l'activité mis en œuvre sur le champ MCO ;
- Une généralisation de la DAF ;
- Une généralisation des prix de journée.

Le dispositif proposé articule en effet les avantages de chaque système : d'une part le financement de chaque établissement sera dorénavant fonction du nombre et du type de séjours réalisés et d'autre part, le modèle permet de sécuriser une base de ressources minimale permettant aux établissements de mettre en œuvre des stratégies pluriannuelles et de lisser les aléas de revenus liés à l'activité. Il permet également d'éviter les biais des modèles existants : risque inflationniste des financements à l'activité (T2A et prix de journée) et à l'inverse limitation du développement de l'offre et de l'innovation pour les financements sous dotation « historique ».

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

La mesure présente un impact sur l'équilibre financier des régimes concernés :

- Sur l'année 2016 : en effet, l'année 2016 sera consacrée à la préparation de la réforme avec la mise en œuvre des travaux d'adaptation des systèmes d'information et de formation des établissements. L'accompagnement des établissements dans cette phase préparatoire engendre, de manière ponctuelle, une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.
- A compter de 2017, l'application de ce nouveau modèle de financement aura un impact pérenne sur l'équilibre financier du régime des dépenses d'assurance maladie. En effet, le modèle vise à répondre aux objectifs de réorganisation de l'offre de soins et de développement des alternatives à l'hospitalisation complète, induisant de fait, à terme, des économies pour les dépenses d'assurance maladie.

Ainsi, la place de la mesure en LFSS est justifiée au sens du 3° du C du V de l'art. 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 2016.

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.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

L'ensemble du dispositif cible est codifié dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure abroge des dispositions obsolètes relatives au financement des établissements de soins de suite et de réadaptation par objectif quantifié national et par dotation annuelle de financement. L'ensemble de ces dispositions demeure cependant applicable aux activités de psychiatrie.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
AM		-30M€			

La mise en place de la réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation induit une charge supplémentaire en 2016. En effet, afin de préparer au mieux la mise en œuvre de la réforme, des crédits seront prévus de manière ponctuelle au sein de l'ONDAM 2016, à hauteur de 30M€.

A compter de 2017, l'évolution du modèle de financement a vocation à constituer un levier en terme de réorganisation de l'offre de soins et de développement des prises en charge ambulatoires et devrait générer, à terme, des économies pour l'assurance maladie. Le montant de ces économies est néanmoins difficile à évaluer à ce stade.

Par ailleurs, la mesure se traduira, en 2017, par un transfert de crédits entre différents sous-objectifs de l'ONDAM (principalement au sein de l'ONDAM établissements de santé, entre le 2ème et le 3ème sous-objectif, mais également, de manière plus limitée, entre l'ONDAM soins de ville et l'ONDAM établissements de santé).

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

a) impacts économiques

De manière générale, pour l'ensemble des établissements de SSR, la réforme aura pour effet le développement de leur performance et l'incitation à une optimisation des prises en charge.

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 différents acteurs concernés

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

Sans impact.

b) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'information…)

Une adaptation substantielle des systèmes d'information de la CNAMTS et de l'ATIH sera nécessaire afin de permettre le codage et la facturation de ces nouvelles prestations.

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

Sans impact.

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

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

Des décrets en Conseil d'Etat devront être pris pour définir les modalités de financement, les catégories de prestations, ou encore les mécanismes de régulation.

Devront être également publiés l'arrêté fixant les diverses « prestations » du champ SSR ainsi que, chaque année, un arrêté fixant les tarifs associés aux GME et le coefficient prudentiel affecté aux GME.

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

Le dispositif cible sera applicable au 1er janvier 2017.

Pour autant, certains éléments du modèle seront appliqués par anticipation dès 2016.

A ce titre, il convient de noter qu'il sera possible dès 2016, pour chaque secteur, de bénéficier des dotations finançant les missions d'intérêt général dédiées au champ SSR.

En outre, en 2016, seront isolés au sein de la DAF les montants affectés au financement de la consommation de molécules onéreuses, afin de permettre un fléchage de ces crédits à destination des établissements consommateurs.

Enfin, il est prévu une période de transition (du 1er janvier 2017 au 1er janvier 2022) pendant laquelle les effets revenus de chaque établissement seront lissés par l'application d'un coefficient de transition à l'intérieur chaque secteur.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Pas de suivi spécifique de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 133-4 actuel du Code de la sécurité sociale :	**Article L. 133-4 modifié du Code de la sécurité sociale :**
En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation : 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ; 2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement. Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés. Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut	En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation : 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, **L. 162-23-6** ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1, ~~L. 162-22-6~~ **L. 162-22-6 et L. 162-23-1**. 2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement. Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés. Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme

récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort. L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations. En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des trois alinéas qui précèdent.	complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort. L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations. En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des trois alinéas qui précèdent.
Article L. 138-10 actuel	**Article L. 138-10 modifié**
Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus d'un taux (L), déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution. Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa du présent article sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du	Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus d'un taux (L), déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution. Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa du présent article sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, ~~*à l'article L. 162-22-7*~~ **aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du** présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en

présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte : 1° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite des indications au titre desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne, pour lesquels le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ; 2° Les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.	application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte : 1° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite des indications au titre desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne, pour lesquels le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ; 2° Les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.
Article L. 162-1-14-2 actuel:	**Article L. 162-1-14-2 modifié**
Le contrôle d'une pharmacie, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement de santé, d'un fournisseur de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, d'une société de transport sanitaire ou d'une entreprise de taxi mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 322-5 concernant l'ensemble de son activité ou un ou plusieurs des éléments de celle-ci énumérés par décret en Conseil d'Etat est réalisé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la base d'un échantillon dont la méthode d'élaboration est définie par décret en Conseil d'Etat, après avis conforme du directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2, lorsque le chiffre d'affaires annuel de ces structures excède un seuil fixé, pour chacune de ces catégories de structures, par ce décret. Pour les établissements de santé, le contrôle de l'activité ou des éléments d'activité réalisé dans ce cadre ne peut porter sur les manquements aux règles de facturation fixées en application de l'article L. 162-22-6. En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut alors prononcer une pénalité selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, pénalité qui est notifiée et recouvrée dans les conditions prévues au même article. La pénalité peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Le montant de cette pénalité est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des dépenses prises en charge par l'organisme local d'assurance maladie au cours de la période contrôlée ou, si le contrôle porte sur un ou plusieurs éléments	Le contrôle d'une pharmacie, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement de santé, d'un fournisseur de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, d'une société de transport sanitaire ou d'une entreprise de taxi mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 322-5 concernant l'ensemble de son activité ou un ou plusieurs des éléments de celle-ci énumérés par décret en Conseil d'Etat est réalisé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la base d'un échantillon dont la méthode d'élaboration est définie par décret en Conseil d'Etat, après avis conforme du directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2, lorsque le chiffre d'affaires annuel de ces structures excède un seuil fixé, pour chacune de ces catégories de structures, par ce décret. Pour les établissements de santé, le contrôle de l'activité ou des éléments d'activité réalisé dans ce cadre ne peut porter sur les manquements aux règles de facturation fixées en application ~~*de l'article L. 162-22-6*~~ des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1. En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut alors prononcer une pénalité selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, pénalité qui est notifiée et recouvrée dans les conditions prévues au même article. La pénalité peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Le montant de cette pénalité est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des dépenses prises en charge par l'organisme local d'assurance maladie au cours de la période contrôlée

d'activité ou prestations en particulier, sur la base des dépenses afférentes à ceux-ci. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de cette base. Le montant ainsi calculé peut être supprimé, minoré ou majoré dans la limite de 25 %, en fonction de la gravité des faits reprochés. Lorsque les sommes indûment versées sont principalement liées à des fraudes au sens de l'article L. 162-1-14, ce pourcentage de majoration peut être porté à 100 %. La notification prévue au premier alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 fait état de la méthodologie de contrôle employée. Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.	ou, si le contrôle porte sur un ou plusieurs éléments d'activité ou prestations en particulier, sur la base des dépenses afférentes à ceux-ci. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de cette base. Le montant ainsi calculé peut être supprimé, minoré ou majoré dans la limite de 25 %, en fonction de la gravité des faits reprochés. Lorsque les sommes indûment versées sont principalement liées à des fraudes au sens de l'article L. 162-1-14, ce pourcentage de majoration peut être porté à 100 %. La notification prévue au premier alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 fait état de la méthodologie de contrôle employée. Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-5-17 actuel	**Article L. 162-5-17 modifié**
A défaut d'identification par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15 des prescriptions de spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7, les dépenses y afférentes ne sont pas prises en charge par les organismes de sécurité sociale. Ces dépenses ne peuvent être facturées au patient.	A défaut d'identification par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15 des prescriptions de spécialités pharmaceutiques mentionnées ~~*à l'article L. 162-22-7*~~ **aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6**, les dépenses y afférentes ne sont pas prises en charge par les organismes de sécurité sociale. Ces dépenses ne peuvent être facturées au patient.
Article L. 162-16-6 actuel	**Article L. 162-16-6 modifié**
I.-Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est fixé par convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public. A défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés à la première phrase du présent alinéa, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivant le terme de ces mêmes délais. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe au tarif publié par le comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette publication. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique, de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et, le	I.-Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées ~~*à l'article L. 162-22-7*~~ **aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6** est fixé par convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée ~~*au même article L. 162-22-7*~~ **aux mêmes articles** ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public. A défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés à la première phrase du présent alinéa, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivant le terme de ces mêmes délais. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe au tarif publié par le comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette publication. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique, de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à

cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique. En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients. Un accord conclu entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise notamment les conditions dans lesquelles les tarifs peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise. Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. II.-Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au l° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique. En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients. Un accord conclu entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise notamment les conditions dans lesquelles les tarifs peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise. Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. II.-Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au l° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions respectivement fixées ~~*à l'article L. 162-22-7*~~ **aux articles L. 162-22-7 et L 162-23-6** sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
Article L. 162-17-5 actuel:	**Article L. 162-17-5 modifié**
Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnés à l'article L. 162-22-7, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionné aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 165-7, des produits et prestations concernés. Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser, sous forme de remise à l'assurance maladie, un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.	Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnés ~~*à l'article L. 162-22-7*~~ **aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6**, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionné aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 165-7, des produits et prestations concernés. Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser, sous forme de remise à l'assurance maladie, un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.
Article L. 162-22 actuel	**Article L. 162-22 modifié**
Un décret en Conseil d'Etat détermine, parmi les soins définis à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique qui sont dispensés dans les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du même code :	**Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, sont financés :**

1° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-6 ; 2° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et aux dispositions de l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ; 3° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 174-5.	**1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, d'odontologie, conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-6 du présent code ;** **2° Pour les activités de psychiatrie, conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et aux dispositions de l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;** **3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnées à l'article L. 174-5, conformément aux dispositions de l'article L. 174-1 ;** **4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément aux dispositions de l'article L. 162-23-1.**
SOUS-SECTION 3 : FRAIS D'HOSPITALISATION REMBOURSES SUR LA BASE DE TARIFS NATIONAUX	**SOUS-SECTION 3** : ~~*FRAIS D'HOSPITALISATION REMBOURSES SUR LA BASE DE TARIFS NATIONAUX*~~ **DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIVITES DE MEDECINE, DE CHIRURGIE, DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET D'ODONTOLOGIE**
Article L. 162-22-17 actuel:	**Article L. 162-22-17 modifié déplacé à l'article L. 162-23-12**
Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les modalités de contrôle, par les agences régionales de santé, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements.	~~*Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les modalités de contrôle, par les agences régionales de santé, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements.*~~
Article L. 162-22-18 actuel	**Article L. 162-22-18 modifié déplacé à l'article L. 162-23-13:**
Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. Cette sanction est prise par la commission exécutive mentionnée à l'article L. 6115-2 du code de la santé publique, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 1112-1 du même code en application du programme de contrôle régional établi par ladite commission. Elle est notifiée à l'établissement.	~~*Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.*~~ ~~*Cette sanction est prise par la commission exécutive mentionnée à l'article L. 6115-2 du code de la santé publique, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 1112-1 du même code en application du programme de contrôle régional établi par ladite commission. Elle est notifiée à l'établissement.*~~ ~~*Son montant est fonction du pourcentage des sommes*~~

Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. Les établissements qui font obstacle à la préparation et à la réalisation du contrôle sont passibles d'une sanction dont le montant ne peut excéder la limite fixée au troisième alinéa. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat	~~*indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.*~~ ~~*Les établissements qui font obstacle à la préparation et à la réalisation du contrôle sont passibles d'une sanction dont le montant ne peut excéder la limite fixée au troisième alinéa.*~~ ~~*Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat*~~
Article L. 162-22-19 actuel	**Article L. 162-22-19 modifié déplacé à l'article L. 162-23-14**
Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur : 1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. A ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ; 2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. A ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ;	~~*Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur :*~~ ~~*1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. A ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ;*~~ ~~*2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. A ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ;*~~
Article L. 162-22-20 actuel	**Article L. 162-22-20 modifié déplacé à l'article L. 162-23-15**
Les établissements de santé exerçant les activités	~~*Les établissements de santé exerçant les activités*~~

mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par établissement. Un décret en Conseil d'Etat précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul par établissement sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	~~*mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par établissement.*~~ ~~*Un décret en Conseil d'Etat précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul par établissement sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.*~~
	~~SOUS SECTION V~~ SOUS SECTION VI : DISPOSITIONS DIVERSES
Article L. 162-26 actuel	**Article L. 162-26 modifié**
Les consultations et actes externes, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie 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. Les tarifs des consultations et des actes ainsi fixés servent de base au calcul de la participation de l'assuré, à la facturation de ces prestations aux patients non couverts par un régime de l'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers. Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa précédent est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1. Un arrêté fixe le montant de la majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier. Cette majoration ne s'applique pas aux patients suivant un protocole de soins. Elle ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de l'activité libérale définie à l'article L. 6154-2 du code de la santé publique. »	Les consultations et actes externes, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues ~~*aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1*~~ **aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et L. 162-21-1 et** dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. Les tarifs des consultations et des actes ainsi fixés servent de base au calcul de la participation de l'assuré, à la facturation de ces prestations aux patients non couverts par un régime de l'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers. Pour les activités ~~*de soins de suite ou de réadaptation et*~~ de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa précédent est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1. Un arrêté fixe le montant de la majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier. Cette majoration ne s'applique pas aux patients suivant un protocole de soins. Elle ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de l'activité libérale définie à l'article L. 6154-2 du code de la santé publique. »
Article L. 162-27 actuel	**Article L. 162-27 modifié**
Les spécialités pharmaceutiques classées par leur autorisation de mise sur le marché dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière et devant être administrées dans un environnement hospitalier peuvent être directement fournies par la pharmacie à usage intérieur en vue de leur administration au cours de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation dans un	Les spécialités pharmaceutiques classées par leur autorisation de mise sur le marché dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière et devant être administrées dans un environnement hospitalier peuvent être directement fournies par la pharmacie à usage intérieur en vue de leur administration au cours de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation dans un

établissement de santé. Dans ce cas, ces spécialités font l'objet d'une prise en charge, en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 ou des actes et consultations mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26, sur la base des tarifs définis aux alinéas suivants du présent article. Lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture, majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, elles bénéficient d'un remboursement sur facture de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6. Lorsque ces spécialités ne sont pas inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, le Comité économique des produits de santé fixe un tarif de prise en charge des spécialités selon la procédure mentionnée au I de l'article L. 162-16-6. Toutefois, dans ce cas, la décision du comité mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 intervient au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours suivant, soit l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit, pour les médicaments déjà inscrits sur cette liste, la notification de la décision prévoyant leur classement dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière mentionnée au premier alinéa du présent article.	établissement de santé. Dans ce cas, ces spécialités font l'objet d'une prise en charge, en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées ~~*au 1° de l'article L. 162-22-6*~~ **aux 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1** ou des actes et consultations mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26, sur la base des tarifs définis aux alinéas suivants du présent article. Lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture, majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, elles bénéficient d'un remboursement sur facture de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6. **Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6, elles bénéficient d'un remboursement sur facture dans les conditions définies à ce même article et sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6.** Lorsque ces spécialités ne sont pas inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 **ou à l'article L.162-23-6,** le Comité économique des produits de santé fixe un tarif de prise en charge des spécialités selon la procédure mentionnée au I de l'article L. 162-16-6. Toutefois, dans ce cas, la décision du comité mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 intervient au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours suivant, soit l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit, pour les médicaments déjà inscrits sur cette liste, la notification de la décision prévoyant leur classement dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière mentionnée au premier alinéa du présent article.
Article L. 174-2-1 actuel	**Article L. 174-2-1 modifié**
La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis consultatif des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement.	La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues ~~*au 1° de l'article L. 162-22-6*~~ **aux 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1** et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés ~~*à l'article L. 162-22-7*~~ **aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6** ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis consultatif des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser

	et autoriser leur paiement.
Article L. 174-15 actuel	**Article L. 174-15 modifié**
Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26. Les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.	Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15~~, *L. 162-22-18* ,~~ L. 162-23-13, L. 162-23-15 et L. 162-26. **Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-23-1 à L. 162-23-10.** Les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9. **Les dépenses afférentes aux activités visées au second alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23.**
Article L. 753-4 actuel	**Article L. 753-4 modifié**
Les médicaments remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés à l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7. Les produits et prestations remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7. La liste établie dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 162-17 est complétée pour tenir compte des nécessités particulières aux départements intéressés, notamment dans le domaine de la prophylaxie et de la thérapeutique palustres. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'outre-mer peut déterminer des majorations applicables : 1° Aux prix ou aux marges, fixés en application de l'article L. 162-16-4 ou de l'article L. 162-38, ou aux tarifs forfaitaires de responsabilité, prévus à l'article L.	Les médicaments remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 **et L. 162-23-6.** Les produits et prestations remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7**.** La liste établie dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 162-17 est complétée pour tenir compte des nécessités particulières aux départements intéressés, notamment dans le domaine de la prophylaxie et de la thérapeutique palustres. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'outre-mer peut déterminer des majorations applicables : 1° Aux prix ou aux marges, fixés en application de l'article L. 162-16-4 ou de l'article L. 162-38, ou aux tarifs forfaitaires de responsabilité, prévus à l'article L.

162-16, des médicaments remboursables mentionnés aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 162-17 ; 2° Aux prix de cession fixés en application de l'article L. 162-16-5 pour les médicaments mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ; 3° Aux tarifs de responsabilité fixés en application de l'article L. 162-16-6 pour les médicaments figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ; 4° Aux tarifs de responsabilité et, le cas échéant, aux prix des produits et prestations mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7. Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chaque département d'outre-mer, grèvent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole.	162-16, des médicaments remboursables mentionnés aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 162-17 ; 2° Aux prix de cession fixés en application de l'article L. 162-16-5 pour les médicaments mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ; 3° Aux tarifs de responsabilité fixés en application de l'article L. 162-16-6 pour les médicaments figurant sur ~~*la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7*~~ ***les*** **listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 ;** 4° Aux tarifs de responsabilité et, le cas échéant, aux prix des produits et prestations mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7. Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chaque département d'outre-mer, grèvent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole.
Article L. 6145-1 actuel du Code de la santé publique :	**Article L. 6145-1 modifié du Code de la santé publique:**
L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au I° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, de ceux des consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, de ceux des médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code, des forfaits annuels prévus à l'article L. 162-22-8 du même code, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue à l'article L. 162-22-14 du même code, des prestations prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel mentionné à l'article L. 6143-7. Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'établissement fixe, après concertation avec le directoire, un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé. Si le directeur ne fixe pas un nouvel Etat ou si ce nouvel état ne tient pas compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé, ce dernier arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement dans les	L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au I° du I de l'article L. 162-22-10 **et au 2° de l'article L. 162-23-4** du code de la sécurité sociale, de ceux des consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, de ceux des médicaments et produits et prestations mentionnés ~~*à l'article L. 162-22-7*~~ **aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6** du même code, des forfaits annuels prévus ~~*à l'article L. 162-22-8*~~ **aux articles L. 162-22-8 et L. 162-23-7 du même code, du forfait prévu à l'article L. 162-23-15 du même code, ,** de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue ~~à *l'article L. 162-22-14*~~ **aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8** du même code, des prestations prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16**, L. 162-23-3** et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel mentionné à l'article L. 6143-7. Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'établissement fixe, après concertation avec le directoire, un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé. Si le directeur ne fixe pas un nouvel Etat ou si ce nouvel état ne tient pas compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé, ce dernier arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement dans les

conditions prévues à l'article L. 6145-2. Les modifications de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont établies dans les mêmes conditions. Le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont transmis au directeur général de l'agence régionale de santé selon des modalités fixées par voie réglementaire.	conditions prévues à l'article L. 6145-2. Les modifications de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont établies dans les mêmes conditions. Le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont transmis au directeur général de l'agence régionale de santé selon des modalités fixées par voie réglementaire.
Article L. 6145-4 actuel	**Article L. 6145-4 modifié**
I.-Pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale, en cas de révision de leur montant, ou en cas de révision des tarifs des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé demande aux directeurs des établissements de modifier leur état des prévisions de recettes et de dépenses prenant en compte, le cas échéant, les éléments suivants : 1° Une modification des éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ; 2° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du même code ; 3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code. II.-Lorsqu'il apparaît que l'évolution de l'activité réelle de l'établissement ou du niveau de ses dépenses constatées sont manifestement incompatibles avec le respect de son état des prévisions de recettes et de dépenses, le directeur général de l'agence régionale de santé demande au directeur de l'établissement de modifier cet Etat en tenant compte de l'écart entre l'activité réelle et l'activité prévisionnelle ou de l'écart entre les dépenses constatées et les dépenses prévisionnelles prises en compte lors de la fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. III.-A défaut de décision du directeur de l'établissement sur la modification mentionnée au I ou II ci-dessus, le directeur général de l'agence régionale de santé modifie l'état des prévisions de recettes et de dépenses.	I.-Pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale, en cas de révision de leur montant, ou en cas de révision des tarifs des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-22-10 **ou au 2° de l'article L. 162-23-4** du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé demande aux directeurs des établissements de modifier leur état des prévisions de recettes et de dépenses prenant en compte, le cas échéant, les éléments suivants : 1° Une modification des éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ; 2° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 **et au II de l'article L. 162-23-8** du même code ; 3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code. **4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code.** II.-Lorsqu'il apparaît que l'évolution de l'activité réelle de l'établissement ou du niveau de ses dépenses constatées sont manifestement incompatibles avec le respect de son état des prévisions de recettes et de dépenses, le directeur général de l'agence régionale de santé demande au directeur de l'établissement de modifier cet Etat en tenant compte de l'écart entre l'activité réelle et l'activité prévisionnelle ou de l'écart entre les dépenses constatées et les dépenses prévisionnelles prises en compte lors de la fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. III.-A défaut de décision du directeur de l'établissement sur la modification mentionnée au I ou II ci-dessus, le directeur général de l'agence régionale de santé modifie l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

ARTICLE 50 – Simplification des dispositifs contractuels entre les établissements de santé et les ARS

I. Présentation de la mesure

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

Dans le cadre du déploiement du plan d'efficience et de performance du système de soins d'une part et des séminaires « variabilité des pratiques », les agences régionales de santé (ARS) ont fortement souligné la nécessité de revoir la logique contractuelle avec les établissements de santé : en effet, la multiplication des contrats depuis quelques années et celle des dialogues avec les établissements qui en résulte rendent leur application difficile et les messages moins intelligibles. L'objectif est donc de concentrer les différents aspects de la recherche de la qualité, de l'efficience et de la régulation de l'offre de soins au sein d'un même dispositif, ce qui devrait permettre de recentrer le dialogue avec les établissements et d'établir une feuille de route unique et claire d'amélioration des pratiques dans tous les domaines où des marges significatives existent.

Le présent article a donc pour objectif de fusionner l'ensemble des contrats comportant un objet lié au juste usage des soins, à la régulation des dépenses et/ou à l'amélioration des pratiques médicales. En effet, comme évoqué ci-dessus, il existe aujourd'hui un nombre de contrats important liant les établissements et les agences régionales de santé (ARS) en dépit du souhait originel d'un document socle unique, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

A ce titre, peuvent être notamment cités :

- le CPOM qui doit déterminer les orientations stratégiques des établissements de santé. Il est également le support des autorisations, des financements au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Enfin, il doit recenser l'ensemble des contrats auxquels les établissements de santé sont parties prenantes ;
- les Plans de redressement financiers (dits PRE ou CREF) qui sont annexés aux CPOM et représentent de définir la trajectoire de retour à l'équilibre des établissements de santé en grande difficulté financière ;
- les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) sur le volet médicaments ou transports prescrits en établissement mais exécutés en ville (PHEV) qui repose sur la fixation d'objectifs de réduction des dépenses accompagnés d'actions qualitatives à mettre en œuvre pour améliorer les pratiques de prescriptions ;
- le contrat de bon usage des médicaments (CBU) qui comporte deux volets : un volet sécurisation du circuit du médicament (y compris qualité et juste prescription), et un volet de régulation qui vise à diminuer la prescription de médicaments inscrits sur la liste en sus.
- le contrat « pertinence » crée par l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 applicable sur la champ des prestations, actes et prescriptions hospitalières qui a vocation à réduire la variabilité des pratiques médicales en définissant des objectifs qualitatifs mais également des objectifs chiffrés de réduction ou de substitution de certains actes, prescriptions ou prestations.
- le contrat « qualité », créé également par la LFSS pour 2015 pour les établissements de santé qui apparaissent « en dessous » des standards de qualité attendus et qui fixe des objectifs pour l'atteinte d'un certain niveau de qualité et de sécurité des soins.

Il faut en outre ajouter que ces contrats sont soit bipartites (Ars et établissement), soit tripartites (lorsque s'y ajoute l'assurance maladie).

Or, il apparaît aujourd'hui que la multiplicité des supports contractuels, la diversité des régimes de sanctions ou d'intéressement qui s'y attachent, la disparité des signataires du côté des autorités publiques (ARS seule, ARS/assurance maladie) sont à la fois source de lourdeur administrative, de complexité et occasionnent une perte de sens, de visibilité et d'efficacité sur la nature et les objectifs de la démarche contractuelle.

En conséquence, la mesure vise à clarifier les champs de contractualisation en scindant clairement d'une part, la logique « structuration du projet d'établissement/équilibre financier » portés par le CPOM et d'autre part, des objectifs de régulation des dépenses, le juste recours aux soins et le contrôle des pratiques des établissements de santé qui seraient portés par un seul et même support contractuel. Ce contrat rénové pourrait donc englober l'ensemble des thématiques aujourd'hui portés par les CAQOS, CBU, pertinence et qualité.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de créer un contrat unique comprenant plusieurs volets selon le profil de l'établissement, inclus dans le contrat initial ou par avenant. Les modalités de ciblage des établissements seront définies par l'Etat sur la base de référentiels nationaux (Inca, ANSM) ou sur la base de données d'activité ou de dépenses. En matière d'amélioration de la pertinence des soins, le plan d'action pluriannuel régional élaboré par l'Agence régionale de santé est conservé afin de préserver le lien avec la gestion du risque et la nécessité d'élaborer une stratégie d'action au niveau régional, dépassant le seul champ contractuel et de la mise sous accord préalable (MSAP). Les calendriers et les régimes de sanctions seront harmonisés par la création d'un plafond unique représentant au maximum 5% des recettes de l'établissement. Cette solution a l'avantage de la lisibilité pour les acteurs et de la simplicité de gestion pour l'ARS et s'inscrit dans une démarche globale de régulation de l'offre régionale. Le nouveau contrat permettra de faire converger les calendriers et durée des contrats, leur modalité d'évaluation et de sanction.

Par ailleurs, la loi étend le champ d'application de la procédure de mise sous accord préalable en l'élargissant à l'ensemble des champs du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins. En effet, cette procédure était auparavant limitée à la pertinence. Elle prévoit également, en cas de non respect des objectifs du contrat, la possibilité de cumuler sanction financière et mise sous accord préalable, ce qui constitue une nouveauté.

b) Autres options possibles

Deux autres options peuvent être envisagées :

- une option « CPOM » : qui viserait à inclure l'ensemble des contrats précités dans le seul CPOM. Toutefois, cette option semble devoir être écarté car il semble que le CPOM doive garder sa vocation première qui est de définir une vision stratégique des projets financier et médical de l'établissement et ne peut se confondre avec ce second contrat qui a vocation à améliorer la pertinence et le bon usage des soins.

- une option de transition : cette solution viserait uniquement à proposer un seul support là où de multiples supports existent aujourd'hui : les dispositifs actuels seraient fusionnés dans un seul et même document mais chaque volet du contrat garderait son individualité. L'avantage de cette option est de ne pas créer de modification trop substantielle dans les habitudes et calendriers des procédures régionales qui pour certaines restent récentes ou non encore appliquées (ex pertinence ou qualité) tout en évitant la multiplication des contrats. L'intégration dans un support unique conduirait également à concentrer le dialogue avec l'établissement dans le cadre d'une seule procédure avec une vision d'ensemble sur les problématiques d'efficience et d'amélioration des pratiques. Cette option ne règlerait néanmoins que partiellement la question de la simplification des procédures puisqu'en réalité les contrôles, calendrier et sanctions resteront diverses et la frontière entre certains outils encore peu claire.

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

Cette mesure, qui modifie des régimes contractuels définis par des LFSS antérieures, présente elle-même un impact sur les dépenses de l'année et des années ultérieures au sens des 1° et 2° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS : dans la mesure où ce contrat permettra de fluidifier les processus, sa mise en œuvre devrait permettre d'augmenter le rendement des mesures par une application plus efficiente, par le renforcement des sanctions et la suppression des mécanismes d'intéressements.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Modification des articles L. 162-1-17, L. 162-30-2, L. 162-30-3, L. 162-30-4 et L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Article L. 322-5 abrogé

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La présente mesure, si elle ne crée pas de mesure de régulation complémentaire, permet d'accroître les économies attendues par les dispositifs que ce nouveau contrat fusionne. En effet, la simplification de la procédure contractuelle a vocation à augmenter mécaniquement la capacité de contractualisation des ARS et de l'assurance maladie et donc à étendre le champ des établissements entrant dans les différents volets de régulation regroupés dans ce nouveau contrat, Ainsi si on estime à 5% l'augmentation du rendement attendu des contrats qui représentent en totalité et respectivement pour 2016, 2017 et 2018, 120M€, 140M€ et 160M€, l'impact de la mesure peut être évalué pour les mêmes années respectivement à 6M€, 7M€ et 8M€.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
		+6	+7	+8	+9

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

a) impacts économiques

Le seul impact économique de cette mesure pèse éventuellement sur les établissements de santé car le dispositif de sanctions, en étant plus simple, pourra être plus aisément appliqué.

b) impacts sociaux

Cette mesure n'a pas d'impact social.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Cette mesure n'a pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

Il s'agit d'une mesure de simplification qui devrait accorder plus de lisibilité au dispositif contractuel des établissements de santé et alléger les procédures.

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

Cette mesure devrait diminuer le temps consacrés au contrôle et à l'évaluation des différents contrats et ce, par la convergence des processus, la fusion des calendriers de contrôle et d'application des sanctions.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Un décret devra être pris afin de permettre la fusion des contrats et de leur calendrier, ainsi que de leurs modalités d'évaluation et de sanction.

Par ailleurs, des modifications des décrets ou arrêtés portant aujourd'hui certaines des procédures de contractualisation (pour le contrat de bon usage par exemple) et les contrats types devront également être apportées.

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

Les contrats qui ont été conclus avant la publication des textes d'application de la mesure continueront à produire leurs effets et ce, jusqu'au 31 décembre 2017 au plus tard.

Au 1er janvier 2018, tous les contrats devront être pris en application des nouvelles dispositions.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-1-17 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-1-17 modifié du code de la sécurité sociale
En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical placé près de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret. La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants : 1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ; 2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ; 3° Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ; 4° Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé. Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de sa mise sous accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non-respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 162-30-4. Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du	~~*En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4*~~ **Lorsqu'il constate que les pratiques ou les prescriptions d'un établissement de santé ne sont pas conformes à l'un des référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 ou lorsque l'établissement est identifié en application du plan d'actions**, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical placé près de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret. La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants : 1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ; 2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ; 3° Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ; 4° Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé. Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de sa mise sous accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non-respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière, dans les conditions prévues à ~~*l'avant-dernier alinéa du II de*~~ l'article L. 162-30-4. Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par

service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités.	l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités.
Article L. 162-22-7 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-22-7 modifié du code de la sécurité sociale**
I. - L'Etat fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6.	I. - L'Etat fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6.
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	~~*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*~~

conclure un avenant annuel au contrat mentionné au même 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 premier alinéa du présent II 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.	~~*mentionné au même 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 premier alinéa du présent II 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. 162-30-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-30-2 modifié du code de la sécurité sociale**
I.- Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. II.-L'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel de prescription, par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6, des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et appartenant au répertoire des groupes génériques mentionné au b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. Ce taux est arrêté sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, sur la base de l'analyse de l'évolution nationale annuelle du nombre d'unités de conditionnement de ces médicaments rapporté au nombre d'unités de conditionnement des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. III.-Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste,	**Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins est conclu avec le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et avec chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions, et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.** **Ce contrat comporte :** **1° Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et prestations ;** **2° Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou ne respectant pas, sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins, de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3.** **Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée limitée d'au maximum cinq années. Il prévoit, conformément à un contrat-type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les obligations respectives des parties signataires, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluations. En l'absence de contrat-type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat-type régional.** **En cas de refus par un établissement de santé de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière**

occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle ou que le taux de prescription des médicaments mentionnés au II du présent article affiche une valeur inférieure au taux prévisionnel mentionné au même II, non justifiée au regard de l'activité ou de la patientèle de l'établissement, 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 médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et les produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, 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, en fonction du ou des manquements constatés aux objectifs respectivement définis au I et au II : 1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, de l'établissement, corrélée à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux d'évolution des dépenses de médicaments fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ; 1° bis Un objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 et appartenant au répertoire des groupes génériques, résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, corrélé à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux prévisionnel mentionné au II du présent article ; 2° Et, dans tous les cas, un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste. IV.-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 médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, 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 médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, 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 médicaments qui lui sont imputables, dans la limite du	**correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. La somme de cette sanction et de celles mentionnées à l'article L. 162-30-3 ne peut être supérieure à 5% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie. En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider de réduire à hauteur de 70% la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.** **Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.**

dépassement de son objectif. Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas atteint son objectif mentionné au 1° bis du III du présent article, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses correspondant à l'écart entre le taux réalisé de prescription, par les médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, de médicaments mentionnés au II et l'objectif de progression du volume de prescription desdits médicaments prévu au contrat. Le cas échéant, les montants des versements définis aux deuxième et troisième alinéas du présent IV peuvent se cumuler, dans la limite définie au premier alinéa. 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 de réduction du taux d'évolution des dépenses mentionnées au I ou par rapport à l'objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au II, 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 L. 162-30-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-30-3 modifié du code de la sécurité sociale**
I.-Les établissements de santé qui exercent les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'agence régionale de santé un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé. La conformité aux référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins est appréciée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, au moyen d'indicateurs dont les valeurs limites sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le contrat d'amélioration des pratiques comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. Il porte sur les activités de l'établissement, ainsi que sur la coordination avec les autres professionnels et structures assurant la prise en charge des patients de l'établissement, susceptibles de présenter des risques pour la qualité de la prise en charge. Le contrat d'amélioration des pratiques est annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique. Il est conforme à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. II.-Chaque année, en cas d'écarts par rapport aux engagements contractuels, l'établissement est mis en mesure de présenter ses observations. En cas de manquement de l'établissement à ses obligations,	**L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie et des 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, des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins, de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant. Ils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement de santé. Ils peuvent être nationaux ou régionaux.** **L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant conclure un volet additionnel au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2.** **Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des médecins y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'État ou en application du plan d'actions régional susmentionné, elle peut proposer à cet établissement de conclure un avenant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins mentionné à l'article**

l'agence régionale de santé peut prononcer à son encontre une pénalité versée à l'organisme local d'assurance maladie et correspondant à une fraction du montant des produits versés par l'assurance maladie, proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements constatés et dans la limite de 1 % de ces produits. En cas de refus par un établissement de santé de signer un contrat, l'agence régionale de santé peut prononcer, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits reçus par l'établissement de santé de la part des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos. III.-Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article, notamment la procédure applicable, la nature des risques faisant l'objet du contrat d'amélioration des pratiques et mentionnés au troisième alinéa du I, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des pénalités mentionnées au II.	**L. 162-30-2.** **Les modalités d'élaboration du plan d'actions, les catégories d'actes, prestations, ou prescriptions qui font l'objet de ces contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.**
Article L. 162-30-4 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-30-4 modifié du code de la sécurité sociale**
I.-L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l'article L. 182-2-1-1. Le plan d'actions précise également les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable définie à l'article L. 162-1-17. Ces critères tiennent compte notamment des référentiels établis par la Haute Autorité de santé et des écarts constatés entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales observées pour une activité comparable. Ces critères tiennent compte de la situation des établissements au regard des moyennes régionales ou nationales de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ou au regard des moyennes de prescription de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation. Le plan d'actions défini au présent I est intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque mentionné à l'article L. 1434-14 du code de la santé publique. II.-Le directeur de l'agence régionale de santé conclut avec les établissements de santé identifiés dans le cadre du plan d'actions défini au I du présent article et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la pertinence des soins, d'une durée maximale de deux ans. Ce contrat comporte des objectifs qualitatifs	**La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non réalisation ou de réalisation partielle de ces objectifs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, prononcer une sanction financière proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos, et dans la limite totale pour l'ensemble des volets de 5% de ces produits par an.** **La non réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peuvent également donner lieu à mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions, dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-17, ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, à la réduction, dans la limite de 30 % et en tenant compte des manquements constatés, de la part prise en charge par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 en lieu et place de la sanction mentionnée à l'alinéa précédent. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.**

d'amélioration de la pertinence des soins. Il comporte, en outre, des objectifs quantitatifs lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, procède à l'une des constatations suivantes : 1° Soit un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ; 2° Soit une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé. La réalisation des objectifs fixés au contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non-réalisation de ces objectifs, le directeur de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, engager la procédure de mise sous accord préalable mentionnée à l'article L. 162-1-17 au titre du champ d'activité concerné par les manquements constatés ou prononcer une sanction pécuniaire, correspondant au versement à l'organisme local d'assurance maladie d'une fraction des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité concernée par ces manquements. Lorsque les manquements constatés portent sur des prescriptions, la pénalité correspond à une fraction du montant des dépenses imputables à ces prescriptions. Le montant de la pénalité est proportionné à l'ampleur des écarts constatés et ne peut dépasser 1 % des produits versés par les régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer à ce contrat, le directeur de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. III.-Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités selon lesquelles est évaluée la réalisation des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins.	
Article L. 322-5-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 322-5-5 modifié du code de la sécurité sociale (abrogé)**
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 ou que ces dépenses dépassent un montant fixé par arrêté, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local	~~*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 ou que ces dépenses dépassent un montant fixé par arrêté, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance*~~

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.	~~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 actualisé par avenant ;	~~1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement actualisé par avenant ;~~
2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières reposant notamment sur une analyse des prescriptions des praticiens exerçant dans l'établissement non conformes à l'exigence, prévue à l'article L. 321-1 du présent code, de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire.	~~2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières reposant notamment sur une analyse des prescriptions des praticiens exerçant dans l'établissement non conformes à l'exigence, prévue à l'article L. 321-1 du présent code, de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire.~~
En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, 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 de 10 % de ces dépenses.	~~En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, 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 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, 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 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.	~~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.	~~Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.~~

ARTICLE MO18 - Amélioration de la fiabilité des données issues des études nationales de coûts (ENC)

I. Présentation de la mesure

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

Afin de disposer d'une connaissance approfondie de la composition des coûts des établissements de santé (ES), des études nationales de coûts (ENC) sont réalisées, chaque année, à partir des données transmises par les établissements de santé y participant. La réalisation de ces études est confiée à l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH). Ces études ont été engagées pour les prestations de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR) et d'hospitalisation à domicile (HAD).

La fiabilité et la pertinence du modèle de financement des établissements de santé, singulièrement pour la partie directement financée à l'activité, dépendent en grande partie de la qualité de ces études de coûts.

Les coûts de prise en charge constituent en effet une référence incontournable pour fixer le bon niveau des tarifs ou le bon niveau des dotations forfaitaires allouées aux établissements de santé. Différents rapports des inspections générales (IGAS, IGF) ou du Parlement (MECSS) ont d'ailleurs réaffirmé la nécessité de consolider plus fermement le lien coûts/tarifs et la nécessité de ce qu'ils qualifient de « *signal prix* » plus lisible.

Compte tenu de ces enjeux, la participation des établissements de santé à ces études est primordiale car elle permet notamment de gagner en qualité et en robustesse.

Or la participation à ces études est actuellement basée sur le volontariat. En conséquence, et bien que les établissements participants bénéficient d'un accompagnement financier, la mesure des coûts est parfois difficile pour certaines activités ou pour certaines catégories juridiques d'établissements, faute d'établissements volontaires en nombre suffisant pour atteindre un niveau de représentativité satisfaisant.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de renforcer le nombre d'établissements participants afin de garantir un niveau de fiabilité satisfaisant des données issues de l'ENC.

a) Mesure proposée

La mesure proposée a ainsi pour objet de donner une base légale aux études nationales de coûts (ENC) et de préciser les modalités de constitution de l'échantillon d'établissements participant aux études, de manière à garantir la fiabilité des coûts mesurés.

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) serait chargée de réaliser ces études.

La mesure prévoit une constitution de l'échantillon en deux temps.

Dans un premier temps, un appel à candidature pour participer aux études nationales de coûts serait réalisé par l'ATIH, pour chacun des champs d'activité concernés. Tout établissement de santé pourrait se porter volontaire. Les établissements seraient ensuite sélectionnés, selon leur capacité à participer aux études (déploiement d'une comptabilité analytique notamment), soit pour entrer directement dans l'échantillon, soit pour bénéficier d'un accompagnement leur permettant d'acquérir les outils et l'organisation pour mener à bien ces études l'année suivante. L'ATIH notifierait aux établissements, le cas échéant, leur intégration à l'échantillon ou la mise en place de cet accompagnement.

Dans un second temps, l'ATIH procèderait à l'examen de l'échantillon ainsi obtenu. Si les caractéristiques des établissements qui le composent permettaient de garantir la fiabilité des coûts mesurés, la procédure de constitution de l'échantillon prendrait fin.

Dans le cas contraire, une procédure complémentaire serait mise en œuvre pour sélectionner les établissements qui, du fait de leur statut juridique et de leurs activités, amélioreraient les données issues des études de coûts.

Ces établissements auraient l'obligation de transmettre à l'ATIH les informations nécessaires pour s'assurer de leur capacité à participer à l'ENC, dans le respect d'un délai qui serait fixé par voie règlementaire. Les établissements de santé qui refuseraient de transmettre ces informations se verraient appliquer une pénalité financière, dans le cadre d'une procédure garantissant le respect du contradictoire, qui serait définie par décret en Conseil d'Etat.

Les établissements en capacité de réaliser l'étude seraient intégrés à l'échantillon. Les autres pourraient bénéficier d'un accompagnement leur permettant de participer l'année suivante.

A l'issue de ce processus, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des fédérations représentatives des établissements de santé, arrêteraient chaque année la liste des établissements participant aux études nationales de coûts de l'année suivante. L'avis des fédérations serait recueilli dans le cadre du comité de pilotage des études nationales de coûts piloté par la DGOS.

Une convention serait signée entre l'ATIH et chacun des établissements participant aux études nationales de coûts. Les établissements de santé qui refuseraient de signer cette convention se verraient appliquer une pénalité financière.

Les établissements de santé participant aux études nationales de coûts bénéficieraient d'un accompagnement financier permettant de compenser une partie des charges induites par la participation aux études (notamment la mise en place d'une compatibilité analytique).

En cas de non-respect des dispositions de la convention, l'établissement restituerait les indemnités perçues.

b) Autres options possibles

La seule alternative consisterait au statu quo. Cette solution n'est cependant pas de nature à répondre aux problématiques évoquées ci-dessus.

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

La place de cette mesure en LFSS est justifiée en application des dispositions du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale à deux titres.

En premier lieu et de façon immédiate, l'élargissement du champ de l'échantillon génèrera une dépense directe conséquente liée au financement de l'accompagnement des établissements participants (cf. infra), qui sera à la charge de l'assurance maladie.

En second lieu et à plus long terme, le développement et la fiabilisation des études nationales de coûts contribueront à une meilleure allocation des ressources d'assurance maladie entre les activités et entre les établissements de santé ; elles constituent un élément majeur de la tarification à l'activité et auront à ce titre un impact réel sur les dépenses d'assurance maladie liées au financement des établissements.

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Codification aux articles L.6113-12 et L.6113-13 du code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'accompagnement financier versé aux établissements de santé participant aux ENC est, pour tous les champs d'activité, constitué d'un socle fixe d'un montant de 35 000€ par an et par établissement, et d'une part variable liée au volume d'activité des établissements. A cela s'ajoutent des crédits d'amorçage pour les établissements qui bénéficient d'une année de préparation avant d'entrer dans l'étude (montant forfaitaire de 7 500 €).

La mesure proposée favoriserait progressivement la participation d'un nombre croissant d'établissements au sein des différentes études de coûts. En prenant l'hypothèse d'une augmentation significative de la taille des échantillons ENC, (soit 120 établissements MCO, 100 établissements SSR et 50 établissements HAD, contre respectivement 86, 58, et 25 dans l'ENC 2014) on peut estimer le coût de la mesure à 6,1M€ en cumulé à horizon 2019 avec une montée en charge régulière sur la période 2016-2019.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016 P	2017	2018	2019
		-1	-2,5	-4	-6,1

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

a) impacts économiques

Cette mesure doit permettre de fiabiliser les données issues de l'ENC et donc d'optimiser l'allocation des ressources entre les activités et entre les établissements de santé.

b) impacts sociaux

La mesure est sans impact social.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

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

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat doit préciser les modalités d'application de la mesure. Ce texte devra être concerté avec les fédérations hospitalières nationales représentatives des établissements de santé. Ces concertations peuvent avoir lieu au cours du 1er semestre 2016 pour une publication et une entrée en vigueur des dispositions de ce texte en fin de 1er semestre 2016.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.162-22-9 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.162-22-9 modifié du code de la sécurité sociale
I.-Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret. Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance	I.-Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret. Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance

maladie. Cet objectif prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année. II.-Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif commun ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 4° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations.	maladie. Cet objectif prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année. II.-Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif commun ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 4° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations **issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique.**
Article L.6113-11 actuel du code de la santé publique	**Article L.6113-11 modifié du code de la santé publique**
Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat les mesures réglementaires prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 et, sauf dispositions contraires et en tant que de besoin, les modalités d'application des autres dispositions du présent chapitre.	**Afin de disposer de données sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, des études nationales de coûts sont réalisées chaque année auprès d'établissements de santé relevant des catégories mentionnées aux a à d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.** **Ces études portent sur des champs d'activités définis par décret en Conseil d'État.** **La réalisation de ces études est confiée à une personne publique désignée par décret en Conseil d'État.**

=

ARTICLE 52 – Réforme des cotisations des professionnels de santé affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC)

I. Présentation de la mesure

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

La majorité des professionnels de santé conventionnés est affiliée au régime général pour la couverture de leurs risques maladie, maternité, décès en tant que praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). A ce titre, ils sont redevables sur leurs revenus tirés de l'activité professionnelle d'une cotisation d'assurance maladie, maternité et décès prévue à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale (CSS) et dont le taux est réglementairement fixé à 9,8 % et à laquelle s'ajoute une cotisation sociale de solidarité au bénéfice du régime social des indépendants, prévue à l'article L. 612-3. Le taux de cette cotisation, fixé historiquement en rapport avec le taux de la cotisation restant à la charge des professionnels sur leurs revenus conventionnels (cf. ci-dessous) s'est progressivement réduit au fur et à mesure du transfert entre les cotisations maladie et la CSG et il n'est donc plus que de 0,01% (cette cotisation sociale de solidarité est sans lien avec l'ouverture du droit aux prestations et constitue une imposition de toute nature, cf. décision CE SSR 1/4 du 6 octobre 1999, Caisse nationale d'assurance maladie de professions indépendantes).

Les autres professionnels de santé, notamment les médecins de secteur 2, sont affiliés au régime social des indépendants (RSI), pour lequel le taux de cotisation est fixé à 6,5 % des revenus d'activité.

Depuis la première convention médicale nationale de 1971, l'assurance maladie participe au financement de ces cotisations dues par les PAMC au titre des risques maladie, maternité, décès, selon des modalités et un périmètre qui ont évolué au cours du temps. Cette prise en charge est aujourd'hui fixée à 9,7 % de l'ensemble des revenus issus de l'activité conventionnée des professionnels de santé, à l'exception des dépassements d'honoraires. Le champ de participation financière de l'assurance maladie traduit ainsi un objectif fort de la politique conventionnelle et de l'action du Gouvernement en matière d'accès aux soins, qui vise à inciter au respect des tarifs conventionnels. Sur ce champ (désigné par la suite comme les revenus « hors dépassements »), le montant de la cotisation d'assurance maladie, maternité et décès, hors cotisation de solidarité, restant à charge des professionnels de santé libéraux est actuellement de 0,1 % de cette assiette.

Ainsi, pour un revenu de 100 000 € constitué de 80 000 € au titre des revenus « hors dépassements » et de 20 000 € au titre des autres revenus, le montant de la cotisation qui reste à la charge d'un PAMC est de 2 040 €.

Assujettissement effectif des PAMC à la cotisation maladie, maternité et décès en 2015	Cotisation d'assurance maladie, maternité et décès	Prise en charge par l'assurance maladie	Cotisations restant à la charge des PAMC
Taux	9,81 %	9,70 %	
Assiette	100 000 €	80 000 €	
Montant	9 810 €	7 760 €	2 050 €

Cette prise en charge de l'assurance maladie est intégrée au périmètre de l'ONDAM et est enregistrée en charges dans les comptes de l'assurance maladie (CNAMTS, RSI, MSA) à hauteur de 1,6 Md€[1], ainsi que symétriquement en produits dans les comptes de la CNAMTS. Ces montants sont également intégrés aux objectifs de dépenses et aux prévisions de recettes de la branche maladie dans les tableaux d'équilibre votés dans la loi de financement de la sécurité sociale. En pratique, l'assurance maladie finance elle-même la grande majorité des cotisations maladie des PAMC calculées à un taux supérieur à celui qui s'applique aux autres travailleurs non salariés, opération circulaire qui est retracée dans ses comptes sans se traduire par des flux financiers réels. La mesure proposée poursuit un triple objectif :

- la réduction de l'effet de circularité présenté ci-dessus, permettant une présentation plus sincère de l'effectivité des dépenses engagées et retracées dans les comptes de l'assurance maladie, avec pour effet une économie sur l'ONDAM, sans incidence sur le solde de la CNAMTS ;
- le rapprochement du niveau des cotisations d'assurance maladie applicable aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés par rapport à celui des autres personnes non salariées ;

[1] Sur le seul champ des cotisations maladie. L'assurance maladie prend en charge en outre les cotisations famille et d'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) de certains professionnels.

- la traduction législative et réglementaire de la politique conventionnelle visant à inciter les professionnels de santé à limiter les dépassements d'honoraires dans l'objectif de garantir à tous l'accès aux soins et la protection de la santé conformément au onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

La neutralité de l'opération est assurée pour l'ensemble des PAMC, n'affectant ainsi pas le niveau de leurs prélèvements sociaux (à l'exception, pour des raisons d'arrondi, d'une baisse marginale de 0,06 point des prélèvements sur les revenus autres que ceux découlant des tarifs opposables).

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à clarifier les cotisations d'assurance maladie, maternité et décès des PAMC pour :

- redéfinir la cotisation sociale de solidarité mentionnée à l'article L. 612-3 du code de la sécurité sociale en limitant son assiette aux revenus autres que ceux issus d'actes effectués suivant les tarifs conventionnels sans dépassements d'honoraires et que ceux respectant les dépassements autorisés pour les chirurgiens-dentistes sur les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, que ces actes soient effectués à titre libéral ou pour un établissement à dotation globale[1], ainsi que les forfaits médecin traitant ou ALD. Ainsi redéfinie, cette cotisation, qui sera renommée contribution en cohérence avec sa qualification d'imposition de toute nature, dont le taux sera fixé à 3,25 points à compter de 2017 (et transitoirement à 1,65% en 2016) s'appliquera ainsi sur les dépassements d'honoraires ainsi que sur les revenus des professionnels de santé issus d'activités hors du champ conventionnel ;
- appliquer un taux de cotisation d'assurance maladie, maternité et décès qui sera fixé également par décret, à 6,5 % soit le même niveau que celui applicable pour les professions libérales qui relèvent du RSI.

In fine, le niveau global des prélèvements sur les revenus tirés d'une activité non conventionnée ou des dépassements sera pratiquement maintenu au niveau actuel (soit 9,75% à compter de 2017 en cumulant cotisation et contribution contre 9,81% dans la situation actuelle). Cette différence de niveau de prélèvement selon la catégorie de revenus se justifie par la différence existant entre les activités qui relèvent du champ de la convention et celles qui en sont exclues (par exemple pour les pédicures podologues les actes de prévention des lésions du pied diabétique sont du ressort de l'activité conventionnelle, tandis que leur activité de « fournisseur d'orthèse plantaire » ne l'est pas). Ces dispositions visent à inciter les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés à appliquer les tarifs convenus dans le cadre de la convention avec l'assurance maladie, et de fait à ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires, dans l'objectif de garantir à tous l'accès aux soins et la protection de la santé. Ce dispositif général est en outre historiquement au cœur des outils permettant de mieux réguler les dépenses d'assurance maladie, et intrinsèquement lié à la mise en place et au maintien d'un régime spécifique de sécurité sociale des PAMC, dont l'existence propre se justifie avant tout par le lien que ce régime crée entre la protection sociale de cette population, et notamment son financement, et l'objectif de la politique conventionnelle de régulation des tarifs pratiqués par les professionnels de santé.

Comme le montre le tableau ci-dessous, qui reprend l'exemple présenté précédemment, cette modulation du taux de prélèvement et de la participation de l'assurance maladie ne modifie pas l'équilibre financier général de la branche ni le niveau des prélèvements sociaux à la charge des PAMC et garantit une neutralité du dispositif au niveau de chaque praticien.

Assujettissement effectif des PAMC à la cotisation maladie, maternité et décès en 2016	Cotisations			Prise en charge par l'assurance maladie	Cotisations restant à la charge des PAMC
	Cotisation d'assurance maladie sur la totalité du revenu	Contribution de solidarité sur la part du revenu hors tarif opposable	Montant total du prélèvement		
Taux	6,50%	3,25%		6,40%	
Assiette	100 000 €	20 000 €		80 000 €	
Montant	6 500 €	650 €	7 150 €	5 120 €	2 030 €

[1] Sans inclure les revenus tirés de l'activité dans des structures pluri-professionnelles, qui ne sont pas actuellement inscrits dans l'assiette de participation financière de l'assurance maladie.

Le second volet de la mesure consiste à mettre en place des dispositions transitoires pour garantir sa neutralité financière dès son entrée en vigueur. En effet, la participation financière de l'assurance maladie étant fixée par conventions avec un décompte en points de cotisations, dans l'attente des prochaines négociations conventionnelles qui seront engagées en 2016 et 2017, des dispositions législatives transitoires permettent de prévoir que le niveau de prise en charge de l'assurance maladie doit maintenir un taux minimal de cotisation d'assurance maladie, maternité et décès de 0,1 % sur les revenus « hors dépassements ».

Les présentes dispositions sont applicables aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2016.

Afin de lisser l'impact de cette mesure sur l'ONDAM, elle sera mise en œuvre progressivement sur deux années. Le taux de la cotisation d'assurance maladie, maternité et décès sera fixé en 2016 à 8,15 % et le taux de la contribution assise sur les revenus tirés des activités non conventionnées ou des dépassements sera alors de 1,65 point.

Enfin, à titre de mise en cohérence, l'article précise le champ des activités donnant lieu à prise en charge des cotisations par l'assurance maladie, s'agissant de la permanence des soins.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être prévu un alignement total du régime des PAMC sur celui du RSI.

Cette mesure aurait eu comme inconvénient de diminuer le taux des cotisations applicable notamment aux revenus tirés par les PAMC des dépassements d'honoraires qu'il pratiquent ce qui irait à l'encontre de la politique poursuivie activement depuis 2012, notamment avec « l'avenant 8 » à la convention médicale.

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

Cette mesure relative à l'assiette, aux taux et aux modalités de recouvrement des cotisations dues par les PAMC relève de la LFSS en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale et, dans la mesure où elle a un impact sur les recettes de l'année et des années ultérieures du régime général, relève ainsi du 2° du B du V du même article. Elle relève également du fait de son impact sur les dépenses de l'année et des années à venir du régime général du 2° du C du V du même article.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure conduit à réécrire l'article 722-4 du code de la sécurité sociale est à compléter l'article L. 162-4 du même code.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure, mise en œuvre progressivement, permet de réduire une double comptabilisation de produits et charges, à hauteur de 270 M€ en 2016 et de 270 M€ en 2017. Dans la mesure où la convergence du niveau de cotisations sociales est neutralisée par une réduction à même hauteur de la participation financière de l'assurance maladie, la mesure est neutre financièrement. Elle a toutefois une incidence sur l'ONDAM. Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 612-3 du code de la sécurité sociale étant affecté au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants, elle représente un produit supplémentaire pour le RSI, qui sera compensé à due concurrence par une réduction de la dotation d'équilibre versée par la CNAMTS, ce qui garantit la neutralité de la mesure.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
Réduction des cotisations PAM (CNAM)		-320	-640	-640	-640
Réduction des charges des régimes maladie (et de l'Ondam)		270	540	540	540
Effet sur la dotation de la CNAM au RSI		49	98	98	98
Total CNAM		**-1**	**-2**	**-2**	**-2**
Rédéfinition de la cotisation de solidarité (RSI)		49	98	98	98

Effet sur la dotation de la CNAM au RSI **Total RSI**		-49 **0**	-98 **0**	-98 **0**	-98 **0**

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

a) impacts économiques

Cette mesure étant neutre pour les professionnels affiliés au régime des PAMC, elle n'a pas d'impact économique.

b) impacts sociaux

Cette mesure ne modifie pas les droits des intéressés à l'assurance maladie.

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, puisque la mesure est à la fois neutre sur le montant des cotisations acquittées et les droits à prestations sociales. S'agissant des droits accordés aux femmes il convient de rappeler que le régime des PAMC permet aux professionnelles de santé de bénéficier des prestations prévues pour le régime général concernant les prestations en espèces de l'assurance maternité. Afin de renforcer l'attractivité, pour les jeunes femmes, des professions libérales de santé relevant du régime des PAMC, l'article 38 de la LFSS pour 2014 a en outre instauré en faveur des assurées en relevant, des IJ maladie forfaitaires en cas de difficultés liées à leur grossesse.

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

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

Cette mesure n'aura pas d'incidence sur les redevables, dans la mesure où les professionnels de santé affiliés au régime des PAMC déclarent déjà de façon distincte leurs revenus tirés des activités aux tarifs conventionnels et leurs revenus tirés des activités hors du champ conventionnel ou faisant l'objet de dépassements.

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

Cette mesure devra faire l'objet d'une adaptation du système d'information actuel de l'ACOSS dédié à la gestion des comptes des PAMC. Des adaptations des flux d'échanges entre la CNAMTS, l'ACOSS et le RSI sont également à prévoir.

En outre les procédures et outils de déclaration des revenus des PAMC vont devoir être adaptés afin de tenir compte des nouvelles dispositions.

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

La mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens déjà alloués aux organismes par leurs conventions d'objectif et de gestion.

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

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

Un décret d'application est nécessaire pour fixer les taux des prélèvements résultant de la réforme.

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

Afin de garantir la neutralité du dispositif par rapport aux textes conventionnels, la loi fixe durant une période transitoire de deux ans le niveau minimal de cotisations d'assurance maladie restant à la charge des professionnels de santé. Les conventions nouvellement conclues ou renouvelées durant cette période de deux ans ne sont pas tenues par cette disposition.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 612-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 612-3 modifié du code de la sécurité sociale
Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité institué par le présent titre une cotisation sociale de solidarité à la charge des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1. Le taux de cette cotisation additionnelle à la cotisation dont sont redevables personnellement les personnes assujetties en application des dispositions de l'article L. 722-4, ainsi que les modalités de son versement, sont fixés par décret.	**Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité défini par le présent titre une contribution à la charge des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1, dont le taux est égal à 3,25 %.** **Cette contribution est calculée et recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, sur la part des revenus d'activité professionnelle tirés :** **1° Des dépassements mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1, au 18° de l'article L. 162-5 et à l'article L. 162-5-13 ;** **2° Des activités ne relevant pas du champ des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1, à l'exception des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, et de la participation à la permanence des soins définie à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique.**
Article L.162-14-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L.162-14-1 modifié du code de la sécurité sociale**
I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent : 1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ; 2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ; 3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ; 4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des	I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent : 1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ; 2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en œuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ; 3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ; 4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des

centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;	centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;
5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 242-11 , L. 612-1, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;	5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées **dans le cadre des activités de permanence des soins mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et** dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 242-11 , L. 612-1, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent ~~*l'assiette* et~~ **les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge,** le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;
6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.	6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.
II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.	II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.
Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.	Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.
Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être	Ces accords définissent les engagements et objectifs,

conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.	notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.

ARTICLE 53 - Fixation du montant de la participation au titre de l'exercice 2016 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP, de l'ONIAM, de l'EPRUS ; contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs

I. Présentation de la mesure

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

a) S'agissant de la dotation FMESPP

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

En application de l'article 40 de la LFSS pour 2001, « les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ».

Depuis la création en 2012 du fonds d'intervention régional (FIR), qui a entraîné le transfert du financement d'un ensemble de dispositifs d'accompagnement des personnels des établissements de santé concernés par des opérations de restructuration, le FMESPP s'est recentré sur le financement de dépenses d'investissement des établissements de santé. Ces financements recouvrent principalement des opérations d'investissements immobiliers, essentiellement dans le cadre du Comité interministériel de performance et de la modernisation (COPERMO), et matériels, tels que le développement et la modernisation des systèmes d'information (programme Hôpital numérique par exemple).

Le FMESPP peut également financer les missions d'expertise et d'ampleur nationale menées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et par le groupement d'intérêt public chargé du développement de systèmes d'information de santé partagés (ASIP) au bénéfice des établissement de santé.

Pour mémoire, la LFSS pour 2015 a fixé le montant de la dotation FMESPP 2015 à 280,6 M€.

Ce montant est toutefois revu dans la partie rectificative de la présente loi pour tenir compte des efforts d'économies supplémentaires issus des engagements pris dans le cadre du pacte de stabilité, le montant du FMESPP 2015 étant donc minoré de 50M€ et est donc fixé *in fine* à 230,6M€.

b) Mesure proposée en ce qui concerne l'ONIAM

En application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV).

c) Mesure proposée en ce qui concerne l'EPRUS

En application de l'article L. 3135-1 du code de la santé publique, l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a pour missions de :

- gérer administrativement et financièrement la réserve sanitaire chargée de répondre à des situations exceptionnelles susceptibles de désorganiser le système de soins ;
- acquérir, fabriquer, importer, stocker et distribuer les produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

Les dépenses relatives à l'achat et à la gestion des produits de santé et dispositifs médicaux font l'objet d'une programmation triennale : l'année 2016 correspond à la première année d'exécution de la programmation 2016–2018.

En application du dernier alinéa de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, le montant de la contribution à la charge des régimes obligatoires de l'assurance maladie, fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, finance exclusivement la gestion des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

Le montant de cette contribution ne peut excéder 50% des dépenses de l'établissement public au titre de cette mission. Le respect de ce plafond est apprécié sur trois exercices successifs.

Cette mesure est présentée à titre conservatoire, dans l'attente de la publication du projet de loi de modernisation du système de santé et de l'ordonnance créant la nouvelle agence nationale de santé publique. Celle-ci a vocation à reprendre la dotation 2016 allouée à l'EPRUS pour le financement des mêmes missions à hauteur des crédits restant.

d) Mesure proposée en ce qui concerne la CNSA

Depuis la LFSS pour 2011 (art. 78), un nouveau circuit de financement permet de déléguer aux ARS les crédits de la CNSA prévus par l'article L. 1432-6 (3°) du code de la santé publique au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées et des personnes handicapées. Le montant de cette contribution, financée directement sur le produit brut de la CSA, est voté chaque année de façon identifiée par le Parlement.

Pour mémoire, le Parlement avait voté pour l'année 2015, un montant de 103,17 M€.

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

a) Mesure proposée en ce qui concerne le FMESPP

L'évaluation des besoins de financement au titre du FMESPP conduit à fixer le montant de la dotation pour l'année 2016 à hauteur de 307 M€, soit une augmentation de l'ordre de 26,4M€ par rapport à la dotation initiale FMESPP 2015.

La dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2016 vise notamment à accompagner :

- Les opérations d'investissement des établissements de santé, à hauteur de 260M€ ;

- Les actions d'accompagnement des établissements de santé dans le cadre de la mise en œuvre des réformes ou de l'amélioration des pratiques, à hauteur de près de 42M€.

b) Mesure proposée en ce qui concerne l'ONIAM

Les dépenses pour 2016 à la charge de l'assurance maladie sont estimées à 120,5 M€ dont :

- 92,4 M€ au titre des indemnisations (dont dotations aux provisions);
- 9M€ de provision relative à la revalorisation du référentiel d'indemnisation
- 6,5 M€ de dépenses de personnel ;
- 3,5 M€ de dépenses de fonctionnement ;
- 9,1 M€ de frais d'avocats et d'expertises.

Les autres produits de l'office (hors dotation de l'Etat) sont estimés pour 2016 à 27 M€ (18M€ au titre des reprises sur provisions et 9M€ au titre des ressources propres). Une dotation de l'assurance maladie de 87,5 M€ est ainsi proposée. Ainsi, le fonds de roulement disponible à la clôture de l'exercice 2016 s'élèverait à 18,8M€, ce qui assure une réserve prudentielle minimale.

c) Mesure proposée en ce qui concerne l'EPRUS

Les dépenses prévisionnelles de l'établissement pharmaceutique pour 2016 sont estimées à hauteur de 34 M€. L'essentiel de ces dépenses sont liées à l'acquisition de produits de santé (près de 27 M€), notamment au titre du programme de lutte contre la pandémie grippale (vaccins, masques, antiviraux).

Le niveau de dotation de l'assurance maladie est minoré pour tenir compte du taux de sous-exécution habituellement constaté en fin d'année pour l'établissement pharmaceutique (de l'ordre de 10%).

d) Mesure proposée en ce qui concerne la CNSA

L'article L. 1432-6 du code de la santé publique dispose que, financées sur la recette de CSA affectée à la section 1 du budget de la caisse, sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a fixé à 103,17 M€ le montant de cette contribution pour l'exercice en cours. La présente mesure propose de fixer le montant des 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, à 117,17 M€ au titre de l'année 2016 dont 85,14 M€ au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA), soit un relèvement de 14 M€ par rapport à 2015 permettant le financement le financement de 50 nouvelles MAIA conformément à l'échelonnement prévu par le plan maladies neuro-dégénératives.

e) Autres options possibles

Sans objet

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

Ces mesures visent à fixer le montant de dépenses à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie ou d'un organisme qui finance et gère des dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Elles trouvent leur place en loi de financement de la sécurité sociale, en application du 1° du C du V et du D du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

Sans objet.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016 P ou R	2017	2018	2019
CNAMTS		-307 pour le FMESPP -87,5 pour l'ONIAM -15,2 pour l'EPRUS			
CNSA		-117,17			

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Sans objet

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

Sans objet

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

La mesure est gérée avec les moyens existants.

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

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire.

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

Sans objet

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

Le FMESPP fait l'objet d'un suivi budgétaire et comptable par la Direction générale de l'offre de soins et la Caisse des dépôts et consignations. Cette dernière établit un rapport annuel de son activité à ce sujet. Par ailleurs, la commission de surveillance, prévue par la LFSS de 2001 (article 40), est chargée du contrôle et du suivi de la gestion du fonds.

Dans le rapport d'activité annuel de l'ONIAM figurent notamment les délais de traitement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, les délais moyens de présentation d'une offre par l'ONIAM, le nombre d'offres faites et l'évolution du nombre des dossiers en stock.

S'agissant de la contribution des la CNSA au budget des ARS, ces dernières fourniront toutes les données nécessaires au suivi de la mise en œuvre des actions de prise en charge et d'accompagnement en faveur des personnes âgées ou handicapées.

ARTICLE 57 – Réforme des modalités de revalorisation des prestations de sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

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

Afin de garantir le pouvoir d'achat relatif des prestations de sécurité sociale et des minima sociaux, leur montant ou les paramètres utilisés pour déterminer ce montant, tels que les plafonds de ressources, sont revalorisés chaque année en fonction de l'inflation.

Ces revalorisations peuvent intervenir :

- au 1er avril (prestations familiales, pensions d'invalidité, majoration pour tierce personne, rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles, capital décès) ;
- au 1er juillet (plafonds de ressources pour la couverture maladie universelle complémentaire – CMU-c, aide à l'acquisition d'une complémentaire santé – ACS – et aide médicale d'Etat –AME) ;
- ou au 1er octobre (pensions de retraite et salaires servant de base au calcul, minima de pension).

L'hétérogénéité des dates et des modalités de revalorisation rend le dispositif complexe et peu lisible pour les allocataires.

La méthode de revalorisation la plus souvent appliquée retient une évolution prévisionnelle de l'inflation pour l'année N et l'application d'un correctif sur cette même année au titre de l'écart à la prévision de l'année N-1. Ainsi, et alors même que pour la majorité de ces prestations la méthode de revalorisation est identique, le taux d'évolution pour une même année varie puisque la prévision d'inflation retenue est celle établie par la commission économique de la nation (CEN) pour les prestations revalorisées avant la fin du 3ème trimestre et celle figurant dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances (RESF) pour les autres.

Le contexte économique peut en outre accentuer les différences en termes de revalorisation des prestations. Les exercices de prévision de l'inflation sont par nature complexes et les retournements de conjoncture sont rarement anticipés. En outre, la volatilité des prix apparaît plus marquée depuis le début de la crise de 2008.

Les prévisions retenues ces dernières années se sont avérées plus hautes que les progressions constatées *a posteriori* et ont conduit à l'application de correctifs négatifs importants.

En 2015, l'application stricte des règles d'indexation pour les prestations revalorisées en avril (notamment les prestations familiales) aurait conduit à un taux de revalorisation négatif de -0,7% (avec une prévision d'inflation nulle en 2015 et un correctif de -0,7% au titre de l'erreur de prévision pour 2014). Le Gouvernement a toutefois décidé de ne pas appliquer cette baisse et a donc figé les montants des prestations à leur montant antérieur.

En outre, la méthode qui prévoit un correctif conduit à déconnecter le taux de revalorisation des prestations aussi bien de l'inflation constatée au titre de l'année N-1 que de la prévision d'inflation de l'année N telle que connue à la date où la revalorisation intervient, altérant ainsi la compréhension par les assurés de l'évolution de leur pouvoir d'achat.

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

a) Mesure proposée

Cette mesure s'inscrit dans le cadre d'une démarche plus générale visant à simplifier et améliorer la lisibilité des règles de revalorisation des prestations sociales en limitant le nombre de dates de revalorisation et en retenant une nouvelle méthode reposant sur un indice constaté *ex post* correspondant aux dernières données d'inflation (hors tabac) publiées par l'INSEE et appréciées en moyenne annuelle sur les douze derniers mois. L'article B24 du projet de loi de finances pour 2016 propose d'appliquer ces règles aux prestations financées par l'Etat comme l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation pour adulte handicapé (AAH) ou l'aide à la réinsertion familiale et sociale (ARFS, destinée aux travailleurs migrants).

Il est ainsi proposé de revaloriser selon les mêmes règles les prestations de sécurité sociale (prestations familiales, rentes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, pensions d'invalidité et de retraite, allocation de solidarité aux personnes âgées – ASPA, plafonds de ressources pour la CMU-C, l'AME et l'ACS principalement).

Les prestations de sécurité sociale seraient donc revalorisées selon un indice constaté et non plus prévisionnel, comme cela est le cas actuellement.

Cette mesure conduit donc à :

- **une modification des dates de revalorisation des prestations de sécurité sociale concernées pour ne conserver que les dates du 1er avril et du 1er octobre** : la revalorisation des prestations ou des paramètres qui en conditionnent l'accès intervenant actuellement au mois de juillet (plafond de ressources CMU-c et ACS) serait avancée à la date du 1er avril ; la revalorisation de ces prestations interviendrait donc à la même date que celle des montants des prestations familiales et des pensions d'invalidité ; les prestations actuellement revalorisées au 1er octobre le resteraient ;
- **de manière similaire à la disposition proposée par le PLF pour 2016, une revalorisation fondée sur les dernières données d'inflation (hors tabac) publiées par l'INSEE et appréciées en moyenne annuelle sur les douze derniers mois,** soit la progression de la valeur moyenne de l'indice sur la période février N-1 à janvier N par rapport à la valeur moyenne de l'indice sur la période février N-2 à janvier N-1 pour les revalorisations intervenant au 1er avril et la progression de la valeur moyenne de l'indice sur la période août N-1 à juillet N par rapport à la valeur moyenne de l'indice sur la période août N-2 à juillet N-1 pour les revalorisations intervenant au 1er octobre ;
- **comme le prévoit le PLF pour 2015 pour les prestations financées par l'Etat, l'instauration d'une règle de protection contre toute possibilité d'une revalorisation à la baisse des prestations de sécurité sociale** : ce « bouclier » est intégré à l'article pivot inscrit dans le projet de loi de finances et s'appliquera aux prestations de sécurité sociale. Cette disposition permet de fixer un plancher au coefficient de revalorisation des prestations fixé à 1 ; ainsi en cas d'inflation négative sur la période de référence prise en compte, les montants des prestations seraient préservés à leur niveau antérieur sans application du taux négatif.

Sont ici concernées plusieurs prestations relevant du champ de la LFSS :

- des prestations pour lesquelles la revalorisation interviendrait au 1er avril : les indemnités en capital et les rentes d'incapacité permanente s'agissant des AT-MP, les pensions d'invalidité ou de réforme y compris leurs majorations, l'allocation veuvage, et l'ensemble des prestations familiales indexées sur la base mensuelle de calcul des allocations familiales, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ;
- des prestations pour lesquelles la revalorisation interviendrait au 1er octobre : pour la vieillesse, l'ensemble des pensions de droit direct et de droit dérivé y compris leurs majorations.

Les règles de revalorisation des pensions de retraite de base du régime des avocats, aujourd'hui fixées par le conseil d'administration de la caisse nationale des barreaux français, seraient également alignées sur celles des autres pensions de retraite.

Enfin, certains paramètres évoluent différemment des revalorisations d'avril et octobre : c'est par exemple le cas du seuil d'écrêtement du minimum contributif et du plafond de ressources des pensions de réversion.

Pour mémoire, les montants des prestations ont été maintenus au même niveau au 1er avril 2015. En outre, l'article 9 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 conduira en octobre 2015 à neutraliser l'application du correctif au titre de 2014 (0,1 point) s'agissant des pensions de retraite.

Le PLF pour 2015 remplace les règles de revalorisation actuellement fixées à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale par ces nouvelles règles. Le présent article l'applique à son tour aux prestations de sécurité sociale. Les règles d'arrondi actuellement prévues à l'article L. 161-25 relèvent du niveau réglementaire et seront précisées si cela est nécessaire par décret.

A noter, cette mesure n'emporte aucun changement pour les aides au logement qui sont d'ores et déjà revalorisées au 1er octobre selon un indice constaté.

b) Autres options possibles

Ne pas proposer de mesure visant à regrouper ces dates de revalorisation conduirait à laisser perdurer les difficultées évoquées ci-dessus.

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

La mesure prend place dans la loi de financement au titre de son impact sur l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale, en application du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Cet article modifie les articles L. 161-23-1, L. 341-6, L. 351-11, L. 353-5, L.356-2, L. 434-1, L. 434-2, L. 434-16, L. 434-17, L. 551-1, L. 816-2, et L. 861-1 du code de la sécurité sociale ainsi que les articles L. 732-24 et L. 762-29 du code rural et de la pêche maritime. Il crée également un nouvel article L. 723-11-2 au sein du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune disposition abrogée.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Mesure directement applicable*
Mayotte	*Mesure directement applicable, notamment par renvoi à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale pour la partie consacrée à la vieillesse*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Mesure directement applicable*
Saint Pierre et Miquelon	*Mesure directement applicable, notamment par renvoi au code de la sécurité sociale pour les pensions de retraite*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette réforme conduirait à une économie de l'ordre de 0,4 Md€ en 2016. L'incertitude sur le niveau 2017 de l'impact budgétaire de cette mesure est très élevée, puisque cet impact supposerait de connaître avec précisions, au-delà des prévisions associées aux textes financiers, les variations mensuelles d'inflation. A terme, la mesure est cependant neutre compte tenu de l'alignement sur longue période entre inflation prévisionnelle et inflation constatée.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** (en écart annuel par rapport au tendanciel) *Economie ou recette supplémentaire (signe +)* *Coût ou moindre recette (signe -)*	
	2015 ***(rectificatif)***	2016
ROBSS		+ 400M€

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

a) impacts économiques

Néant.

b) impacts sociaux

Ces mesures ne génèrent pas d'impact sociaux sinon une rationalisation des dates de versement des prestations de sécurité sociale.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

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

Néant.

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

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

Cette mesure permettrait d'améliorer la compréhension par les assurés bénéficiaires de l'évolution du montant de leurs prestations par rapport à celle de l'inflation et donc de l'évolution de leur pouvoir d'achat.

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

Serait concerné par cette mesure l'ensemble des personnes bénéficiaires de ces prestations de sécurité sociale.

En outre le mécanisme proposé permettrait de clarifier la présentation des mécanismes de revalorisation des prestations de sécurité sociale.

Enfin, en termes de gestion administrative, cette mesure faciliterait la gestion de ces prestations.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Un arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale constatera chaque année le montant du plafond de ressources de la CMU-c, de l'ACS et de l'AME. Les autres mesures ne nécessitent pas de textes d'application particuliers. Des circulaires seront prises dans le but de veiller à l'application des mesures adoptées par le Parlement.

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

Cette mesure peut être mise en œuvre en 2016. S'agissant des prestations famililales, des pensions de retraite, ainsi que des pensions d'inaptitude, d'invalidité ou de réforme des régimes spéciaux, la mesure serait sans impact pour les systèmes d'information des caisses gestionnaires. Les autres caisses devront adapter leurs systèmes d'information.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés des changements opérés suite à l'adoption de cette mesure.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi sera assuré par les services administratifs en charge de la gestion et du suivi des prestations.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 161-23-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 161-23-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, au 1er octobre de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances. Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'Institut national de la statistique et des études économiques est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1er octobre de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue.	Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, au 1er octobre de chaque année, ~~*conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances.*~~ **par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.** ~~*Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'Institut national de la statistique et des études économiques est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1er octobre de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue.*~~
Article L. 341-6 modifié du code de la sécurité sociale	**Article L. 341-6 modifié du code de la sécurité sociale**
Les salaires servant de base au calcul des pensions et les pensions déjà liquidées sont revalorisés au 1er avril de chaque année par application d'un coefficient de revalorisation égal à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, prévue pour l'année en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le coefficient de l'année précédente et le taux d'évolution de cette même année.	Les salaires servant de base au calcul des pensions et les pensions déjà liquidées sont revalorisés au 1er avril de chaque année ~~*par application d'un coefficient de revalorisation égal à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, prévue pour l'année en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le coefficient de l'année précédente et le taux d'évolution de cette même année.*~~ **par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.**
Article L. 351-11 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 351-11 modifié du code de la sécurité sociale**
Les cotisations et salaires servant de base au calcul des pensions sont revalorisés chaque année par application du	Les cotisations et salaires servant de base au calcul des pensions sont revalorisés ~~*chaque année par application du*~~

coefficient annuel de revalorisation mentionné à l'article L. 161-23-1.	~~*coefficient annuel de revalorisation mentionné à l'article L. 161-23-1.*~~ **dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.**
Article L. 353-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 353-5 actuel du code de la sécurité sociale**
Le conjoint survivant qui n'est pas titulaire d'un avantage personnel de vieillesse d'un régime de base obligatoire et qui satisfait à une condition d'âge a droit à une majoration forfaitaire de sa pension de réversion pour chaque enfant dont il a la charge au sens de l'article L. 313-3 et qui n'a pas atteint un âge déterminé. Cette majoration n'est pas due lorsque le conjoint survivant bénéficie ou est susceptible de bénéficier de prestations pour charge d'enfant du chef du décès de l'assuré dans le régime obligatoire d'assurance vieillesse de base dont celui-ci relevait. Elle est revalorisée suivant les modalités prévues par l'article L. 351-11. Le bénéfice de cette majoration est supprimé lorsque l'une des conditions mentionnées au premier alinéa cesse d'être remplie, à l'exception de la condition d'âge exigée du titulaire. Les dispositions du présent article s'appliquent également aux conjoints mentionnés aux articles L. 353-2 et L. 353-3.	Le conjoint survivant qui n'est pas titulaire d'un avantage personnel de vieillesse d'un régime de base obligatoire et qui satisfait à une condition d'âge a droit à une majoration forfaitaire de sa pension de réversion pour chaque enfant dont il a la charge au sens de l'article L. 313-3 et qui n'a pas atteint un âge déterminé. Cette majoration n'est pas due lorsque le conjoint survivant bénéficie ou est susceptible de bénéficier de prestations pour charge d'enfant du chef du décès de l'assuré dans le régime obligatoire d'assurance vieillesse de base dont celui-ci relevait. Elle est revalorisée ~~*suivant les modalités prévues par l'article L. 351-11.*~~ **dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.** Le bénéfice de cette majoration est supprimé lorsque l'une des conditions mentionnées au premier alinéa cesse d'être remplie, à l'exception de la condition d'âge exigée du titulaire. Les dispositions du présent article s'appliquent également aux conjoints mentionnés aux articles L. 353-2 et L. 353-3.
Article L. 356-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 356-2 modifié du code de la sécurité sociale**
L'allocation de veuvage a un caractère temporaire ; son montant, révisé dans les mêmes conditions que les prestations servies en application des chapitres Ier à IV du titre V du présent livre, est unique. Toutefois, des modalités particulières sont appliquées aux conjoints survivants ayant atteint, au moment du décès du conjoint, un âge déterminé.	L'allocation de veuvage a un caractère temporaire ; son montant, ~~*révisé dans les mêmes conditions que les prestations servies en application des chapitres Ier à IV du titre V du présent livre,.*~~ **revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1, est unique.** Toutefois, des modalités particulières sont appliquées aux conjoints survivants ayant atteint, au moment du décès du conjoint, un âge déterminé.
Article L. 434-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 434-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé. Son montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret dont les montants sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 351-11. Il est révisé lorsque le taux d'incapacité de la victime augmente tout en restant inférieur à un pourcentage déterminé. Cette indemnité est versée lorsque la décision est devenue	Une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé. Son montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret dont les montants sont revalorisés ~~*dans les conditions fixées à l'article L. 351-11.*~~ **au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.** Il est révisé lorsque le taux d'incapacité de la victime augmente tout en restant inférieur à un pourcentage déterminé.

définitive. Elle est incessible et insaisissable.	Cette indemnité est versée lorsque la décision est devenue définitive. Elle est incessible et insaisissable.
Article L. 434-2 du code de la sécurité sociale	**Article L. 434-2 du code de la sécurité sociale**
Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.	Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.
Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.	Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.
La victime titulaire d'une rente, dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le barème de cette prestation est fixé en fonction des besoins d'assistance par une tierce personne de la victime, évalués selon des modalités précisées par décret. Elle est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 341-6.	La victime titulaire d'une rente, dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le barème de cette prestation est fixé en fonction des besoins d'assistance par une tierce personne de la victime, évalués selon des modalités précisées par décret. ~~*Elle est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 341-6.*~~ **Elle est revalorisée au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.**
En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. Le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente.	En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. Le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente.
Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L. 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales.	Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L. 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales.
Article L. 434-16 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 434-16 modifié du code de la sécurité sociale**
La rente due aux ayants droit de la victime d'un accident mortel ou à la victime d'un accident ayant occasionné une réduction de capacité égale ou supérieure à un taux minimum ne peut être calculée sur un salaire annuel	La rente due aux ayants droit de la victime d'un accident mortel ou à la victime d'un accident ayant occasionné une réduction de capacité égale ou supérieure à un taux minimum ne peut être calculée sur un salaire annuel

inférieur à un minimum déterminé d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article L. 341-6 compte tenu des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 434-2. Dans tous les cas où l'article L. 434-2 et les articles L. 434-7 et suivants déterminent en fonction du salaire annuel une rente individuelle ou collective, ou la limite assignée à l'ensemble des rentes dues aux ayants droit de la victime, le salaire annuel est le salaire réduit, le cas échéant, par application de l'alinéa suivant. Lorsqu'il s'agit de la victime de l'accident, quelle que soit la réduction de capacité subie, si son salaire annuel est supérieur au salaire minimum déterminé à l'alinéa précédent, le calcul de la rente est effectué selon une formule dégressive dont les modalités sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat.	inférieur à un minimum déterminé ~~*d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article L. 341-6*~~ **au 1er avril de chaque année d'après le coefficient mentionné à l'article L. 161-25** compte tenu des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 434-2. Dans tous les cas où l'article L. 434-2 et les articles L. 434-7 et suivants déterminent en fonction du salaire annuel une rente individuelle ou collective, ou la limite assignée à l'ensemble des rentes dues aux ayants droit de la victime, le salaire annuel est le salaire réduit, le cas échéant, par application de l'alinéa suivant. Lorsqu'il s'agit de la victime de l'accident, quelle que soit la réduction de capacité subie, si son salaire annuel est supérieur au salaire minimum déterminé à l'alinéa précédent, le calcul de la rente est effectué selon une formule dégressive dont les modalités sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat.
Article L. 434-17 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 434-17 modifié du code de la sécurité sociale**
Les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité en application de l'article L. 341-6 sont applicables aux rentes mentionnées à l'article L. 434-15 et allouées en réparation d'accidents antérieurs à la date fixée par lesdits arrêtés.	~~*Les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité en application de l'article L. 341-6 sont applicables aux rentes mentionnées à l'article L. 434-15 et allouées en réparation d'accidents antérieurs à la date fixée par lesdits arrêtés.*~~ **Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont revalorisées au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.**
Article L. 551-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 551-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Le montant des prestations familiales est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul revalorisées au 1er avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par la commission visée à l'article L. 161-23-1. Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'Institut national de la statistique et des études économiques est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1er avril de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue.	Le montant des prestations familiales est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul revalorisées au 1er avril de chaque année, ~~*conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par la commission visée à l'article L. 161-23-1.*~~ **par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.** ~~*Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'Institut national de la statistique et des études économiques est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1er avril de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue.*~~
	Article L. 723-11-2 (nouveau) du code de la sécurité sociale
	Le montant de la pension de retraite servie par le régime d'assurance vieillesse de base des avocats est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-

	23-1.
Article L. 816-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 816-2 du code de la sécurité sociale**
Les montants des allocations définies au présent titre et des plafonds de ressources prévus pour leur attribution sont revalorisés aux mêmes dates et selon les mêmes conditions que celles applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6.	Les montants ~~*des allocations définies au présent titre et des plafonds de ressources prévus pour leur attribution*~~ **de l'allocation définie à l'article L. 815-1 et des plafonds de ressources prévus pour son attribution** sont revalorisés ~~*aux mêmes dates et selon les mêmes conditions que celles applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6*~~ **au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.**
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. 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 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 du présent code.	~~*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.*~~ **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, et revalorisé au 1er avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L.161-25, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3.** 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. ~~***Le montant du plafond est constaté par arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale.***~~ 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 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 du présent code.
Article L. 732-24 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 732-24 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui ont exercé à titre exclusif ou à titre principal une activité agricole non salariée ont droit à une pension de retraite qui comprend : 1° Une pension de retraite forfaitaire dont le montant maximal attribué pour une durée minimale d'activité agricole non salariée est égal à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés au 1er janvier 2014 et est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque la durée d'activité a été inférieure à cette durée minimale, le montant de la retraite est calculé proportionnellement à cette durée ; 2° Une pension de retraite proportionnelle dont le montant est calculé en fonction des cotisations versées en application du 2° de l'article L. 731-42 ainsi que de la durée d'assurance et qui est revalorisée chaque année suivant les coefficients fixés en application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.	Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui ont exercé à titre exclusif ou à titre principal une activité agricole non salariée ont droit à une pension de retraite qui comprend : 1° Une pension de retraite forfaitaire dont le montant maximal attribué pour une durée minimale d'activité agricole non salariée est égal à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés au 1er janvier 2014 et est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque la durée d'activité a été inférieure à cette durée minimale, le montant de la retraite est calculé proportionnellement à cette durée ; 2° Une pension de retraite proportionnelle dont le montant est calculé en fonction des cotisations versées en application du 2° de l'article L. 731-42 ainsi que de la durée d'assurance et qui est revalorisée ~~*chaque année suivant les coefficients fixés en application de*~~ **dans les conditions prévues à** l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.
Article L. 762-29 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 762-29 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui ont exercé à titre exclusif ou à titre principal une activité non salariée agricole ont droit à une pension de retraite qui comprend : 1° Une pension de retraite forfaitaire dont le montant maximal attribué pour une durée minimale d'activité non salariée agricole est égal à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés au 1er janvier 2014 et est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale ; lorsque la durée d'activité a été inférieure à cette durée minimale, le montant de la retraite est calculé proportionnellement à cette durée ; 2° Une pension de retraite proportionnelle dont le montant est calculé en fonction des cotisations versées en application du 2° de l'article L. 731-42 ainsi que de la durée d'assurance et qui est revalorisée chaque année suivant les coefficients fixés en application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.	Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui ont exercé à titre exclusif ou à titre principal une activité non salariée agricole ont droit à une pension de retraite qui comprend : 1° Une pension de retraite forfaitaire dont le montant maximal attribué pour une durée minimale d'activité non salariée agricole est égal à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés au 1er janvier 2014 et est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale ; lorsque la durée d'activité a été inférieure à cette durée minimale, le montant de la retraite est calculé proportionnellement à cette durée ; 2° Une pension de retraite proportionnelle dont le montant est calculé en fonction des cotisations versées en application du 2° de l'article L. 731-42 ainsi que de la durée d'assurance et qui est revalorisée ~~*chaque année suivant les coefficients fixés en application de*~~ **dans les conditions prévues à** l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 58 - Renforcement des mutualisations entre organismes, branches et régimes de la sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

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

En l'état actuel du droit, les directeurs de caisses nationales du régime général et du RSI peuvent confier à des organismes de leurs réseaux respectifs la gestion d'une mission ou activité pour le compte de plusieurs organismes voire de toute la branche. Les organismes locaux du régime général et du RSI peuvent également choisir de se déléguer des missions entre eux, y compris en interbranche au sein du régime général. Toutefois, le cadre juridique de cette mutualisation apparaît lacunaire, en l'absence de dispositions légales autorisant et encadrant les mutualisations réalisées entre des branches différentes d'un même régime ou entre des régimes différents.

La mesure proposée vise donc à étendre aux mutualisations inter-branches et inter-régimes le dispositif issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 : la mesure crée la possibilité pour les directeurs des caisses nationales de confier des activités mutualisées à des organismes locaux de leurs réseaux, dans le cadre de conventions établies entre les caisses nationales concernées.

Par ailleurs, il convient notamment d'anticiper, pour le régime social des indépendants (RSI), les fusions de caisse prévues dans le cadre du projet « Trajectoires 2018 », en donnant aux caisses locales la possibilité d'établir une comptabilité et un budget unique pour plusieurs caisses.

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

- ***2.1. Mutualisations inter-branches et inter-régimes***

b) Mesure proposée

Il est proposé de rendre les nouvelles dispositions applicables à tous les organismes de sécurité sociale sous réserve des dispositions propres à certains régimes.

A cette fin, il est créé un chapitre commun à l'ensemble des régimes de sécurité sociale, qui reprend largement les termes des actuels articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 du code de la sécurité sociale.

Il est désormais précisé que la gestion des activités de trésorerie fait partie des activités qui peuvent être mutualisées.

Il est également précisé que la convention de délégation est également signée par les agents comptables des organismes concernés, lorsque la mutualisation inclut des activités comptables, financières ou de contrôle.

Les directeurs généraux des caisses nationales pourront, par voie conventionnelle, organiser des mutualisations inter-branches ou inter-régimes sur un large champ d'activités : gestion, service des prestations, recouvrement et gestion des activités de trésorerie, ainsi que l'ensemble des fonctions concourant à la réalisation des missions qui leur sont confiées.

Ces nouvelles règles communes ne remettent pas en cause les règles de gouvernance propres aux différents régimes et branches. Ainsi, si au régime agricole il appartient à la caisse centrale MSA de prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau (L. 723-11 10° du code rural et de la pêche maritime) en l'absence de compétence explicitement dévolue au directeur général pour cela, il appartiendra au directeur général de solliciter un avis du conseil d'administration avant de mettre en œuvre la compétence qu'il tire du nouvel article L. 122-8 CSS. A l'inverse dans la branche maladie, le directeur général de la CNAMTS pourra mettre en œuvre cette nouvelle faculté dans le cadre des compétences propres que lui confère l'article L. 221-3-1 (3°) du code de la sécurité sociale.

c) Autres options possibles

L'article L. 216-2-2 CSS actuel permet à des organismes locaux de se déléguer entre eux des missions, sans précision supplémentaire, ce qui permettrait donc de concevoir sur cette base des mutualisations entre organismes de branches différentes au sein du régime général et du RSI. Toutefois, une telle mutualisation reposerait sur un dispositif dont la mise en œuvre complexe rend aléatoire son aboutissement.

En effet, pour mutualiser, par exemple, une activité qui concerne l'ensemble des CPAM auprès d'une seule CAF, il serait nécessaire de signer une convention qui lierait les 101 CPAM et la CAF concernée, après approbation des deux directeurs généraux. Compte tenu des dissymétries de compétences dévolues aux conseils d'administration des branches famille, retraite et recouvrement par rapport aux conseils de la branche maladie, ce processus de négociation et signature de conventions au niveau des organismes eux-mêmes aurait fort peu de chance d'aboutir à court ou moyen terme, privant ainsi les organismes de gains d'efficience importants.

- **2.2 *Sécuriser les mutualisations budgétaires et comptables au sein du réseau RSI***

d) Mesure proposée

Il est proposé d'ouvrir la possibilité aux caisses de base du régime social des indépendants appelées à fusionner, d'établir un budget et une comptabilité unique pour préparer leur fusion. Pour ce faire, le directeur de la caisse nationale désignera, parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner, celui qui sera chargé d'élaborer et exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique.

e) Autres options possible

L'article L. 611-9 du code de la sécurité sociale prévoit la fusion d'organismes de base du RSI *via* un décret portant sur la dévolution des biens, droits et obligations. Aucun dispositif n'est prévu pour anticiper la fusion des organismes ni préparer la création d'une seule entité budgétaire et comptable.

Laisser les organismes sans encadrement légal procéder à des opérations de préfiguration aurait donc fait peser des risques juridiques sérieux sur les mutualisations ainsi mises en œuvre.

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

En tant qu'elle modifie les règles relatives à la gestion des risques par les régimes obligatoires de sécurité sociale et qu'elle présente un effet sur les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, cette mesure relève du champ de la LFSS en application du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

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

La mesure relève de l'organisation et de la gouvernance des réseaux des organismes de sécurité sociale, domaine dans lequel il n'existe pas de normes ou de jurisprudences européens. La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Abrogation des articles L. 216-2-1, L. 216-2-2 du CSS et création des articles L. 122-6 à L. 122-8 et L. 611-9-1 du CSS.

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	*Mesure directement applicable*
Mayotte	*Mesure directement applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Mesure directement applicable*
Saint Pierre et Miquelon	*Mesure directement applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mise en œuvre de mutualisations de moyens entre branches sur des fonctions support permettra de dégager des économies significatives sur les coûts de fonctionnement de la sécurité sociale. Elles interviendront dans un premier temps dans le domaine de la gestion de la paie. On constate ainsi au sein des branches de la sécurité sociale des écarts de productivité qui vont de un à trois pour cette activité. L'alignement sur la meilleure productivité permettrait ainsi de réduire les personnels affectés à cette fonction jusqu'à 1000 ETP, soit une économie annuelle maximale de 20 M€ sur la période restant à courir des actuelles COG (2016-2017). Cette mesure permettra également d'engager des mutualisations interbranches dans d'autres activités, support ou métier, qui produiront des économies complémentaires au fil de leur déploiement.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016 P ou R	2017	2018	2019
		+20	+20	+20	+20

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Néant

b) impacts sociaux

La mise en œuvre des mutualisations est encadrée, pour les salariés du régime général et du RSI par des accords collectifs accompagnant l'évolution des réseaux, qui permettent de faciliter les mobilités.

c) impacts sur l'environnement

Néant

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Néant

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Néant.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations…)

La mesure doit contribuer à une gestion plus efficace des procédures ainsi mutualisées, permettant aux organismes de concentrer leurs moyens sur les activités qui leur sont confiées.

Pour le RSI, cette disposition favorise la réussite des fusions de caisses qui doivent intervenir le 1er janvier 2019.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Comme indiqué plus haut, les économies de gestion liées à la mesure sont estimées à 1 000 ETP au sein du régime général sur la période restant à courir des COG.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Cette mesure nécessite un décret simple destiné à modifier l'article D. 122-23 du code de la sécurité sociale relatif à la responsabilité de l'agent comptable en cas de délégation de missions ou d'activités, en lien avec l'évolution législative proposée. Ce décret devrait être publié au premier trimestre 2016.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Le délai de mise en œuvre sera lié à la durée des négociations pour chacune des conventions de mutualisations interbranches ou interrégimes.

S'agissant des mutualisations budgétaires et comptables au sein du RSI, la mise en œuvre sera progressive sur la période 2016-2018 avec une échéance au 31 décembre 2018 (veille de la mise en œuvre de la nouvelle organisation du réseau en 13 caisses au lieu de 29).

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Suivi dans le cadre des COG des branches du régime général et objectif de réduction du nombre de caisses du RSI négocié et suivi dans le cadre de la prochaine COG RSI.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 216-2-1 actuel du code de la sécurité sociale (abrogé)	**Article L. 122-6 nouveau du code de la sécurité sociale**
I.-Les conseils d'administration des organismes nationaux mentionnés aux articles L. 222-1, L. 223-1 et L. 225-1 définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche concernée.	I.-Les conseils d'administration des organismes nationaux ~~*mentionnés aux articles L. 222-1, L. 223-1 et L. 225-1*~~ définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche **ou du régime** concerné~~e~~.
Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations et recouvrement.	Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche **ou du régime** la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations, ~~*et*~~ **au** recouvrement **et à la gestion des activités de trésorerie.**
Les modalités de mise en œuvre sont fixées par convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux, sauf en ce qui concerne le traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisés par décret. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.	Les modalités de mise en œuvre sont fixées par convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux, sauf en ce qui concerne le traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisés par décret. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.
II.-Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations, notamment agir en demande et en défense devant les juridictions. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.	II.-Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations, notamment agir en demande et en défense devant les juridictions. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.
III.-L'union de recouvrement désignée peut assurer pour le compte d'autres unions des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.	III.-L'union de recouvrement désignée peut assurer pour le compte d'autres unions des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.
IV.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret.	IV.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées~~*, en tant que de besoin,*~~ par décret.
Article L. 216-2-2 actuel du code de la sécurité sociale (abrogé)	**Article L. 122-7 nouveau du code de la sécurité sociale**
Les directeurs des organismes locaux ou régionaux peuvent déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions liées à leur gestion, par convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de la ou des branches concernées.	Les directeurs des organismes locaux ou régionaux peuvent déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions ~~-~~**ou activités** liées à leur gestion, par convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de la ou des branches concernées.

	Lorsque la mutualisation inclut des activités comptables, financières ou de contrôle relevant de l'agent comptable, la convention est signée par les agents comptables des organismes concernés.
	Article L.122-8 nouveau du code de la sécurité sociale
	Les directeurs d'organismes nationaux peuvent confier à un ou plusieurs organismes de sécurité sociale d'une autre branche ou d'un autre régime, des missions ou activités relatives à la gestion des organismes de leur réseau, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie. **Les modalités de mise en œuvre sont fixées par une convention signée par les directeurs des organismes nationaux concernés, sauf en ce qui concerne le traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisés par décret.**
	Article L. 611-9-1 nouveau du code de la sécurité sociale
	Les caisses de base appelées à fusionner en application des dispositions de l'article L. 611-9 peuvent décider d'établir un budget unique et une comptabilité des opérations budgétaires unique. Le choix de tenir une comptabilité unique peut être également étendu à tout ou partie des opérations techniques réalisées dans le cadre des dispositions de l'article L. 611-11. **Le directeur de la caisse nationale désigne, parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique. Il désigne également, parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'établir le compte unique.** **Le budget unique et le compte unique sont approuvés par chacun des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner.** **Les modalités de mise en œuvre des décisions du premier alinéa sont fixées par convention établie selon un modèle type fixé par la caisse nationale, entre les caisses de base concernées, signée par leurs directeurs et agents comptables, après avis de leurs conseils d'administration, et validation conjointe par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale.**

ARTICLE 59 - Extension des dispositions applicables dans le cadre de la lutte contre la fraude à tous les régimes

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Actuellement, les contrôles peuvent être réalisés par des agents de contrôle pour le compte d'autres organismes du régime général. Le résultat de leur contrôle est alors exploité par les autres organismes du régime général.

En l'état actuel de la législation, l'exploitation et la mutualisation des enquêtes entre branches (famille, maladie, vieillesse, accidents du travail- maladies professionnelles) n'est donc possible qu'au sein du régime général. Le régime social des indépendants (RSI), la mutualité sociale agricole (MSA) et les régimes spéciaux sont donc exclus de ce dispositif.

Par suite, la constatation par une caisse d'allocations familiales (CAF) d'une fraude aux conditions de ressources pour le versement du revenu de solidarité active (RSA) peut être directement exploitée par une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) au titre du versement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c.) Toutefois, les résultats de l'enquête ne pourront être exploités ni par la MSA ni par le RSI lorsque le bénéficiaire de la CMU-c relève de l'un de ces deux régimes pour une autre prestation versée sous conditions de ressources.

Il en est de même s'agissant des redressements effectués par les inspecteurs du recouvrement des URSSAF en cas de travail dissimulé. Les procès-verbaux sont transmis aux organismes prestataires mais ils ne peuvent être utilisés qu'en tant que simples signalements et doivent faire l'objet d'une nouvelle enquête auprès du bénéficiaire pour que les constatations puissent être opposables.

Ce sujet présente une acuité particulière s'agissant de la mutualisation des enquêtes dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance maladie dont le niveau d'expertise nécessite des moyens importants que les régimes de taille plus réduite que le régime général (MSA, RSI, régimes spéciaux) n'ont pas les moyens de mettre en œuvre.

Par ailleurs, les organismes qui gèrent un régime de base de protection sociale mais qui n'ont pas la qualité d'organismes de protection sociale ne bénéficient pas de certaines prérogatives en matière de contrôle, telles que le droit de communication. Tel est le cas des fonds et régimes spéciaux gérés la Caisse des dépôts et consignations (CNRACL, SASPA, FSPOEIE). Cette dernière ne peut donc pas exercer le droit de communication auprès des opérateurs privés ni disposer d'agents de contrôle agréés et assermentés, ce qui limite significativement sa capacité à lutter contre la fraude.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La mesure vise à :

- permettre aux organismes de sécurité sociale d'exploiter les procès-verbaux et rapports d'enquêtes réalisés par un organisme appartenant à un autre régime de sécurité sociale ;
- permettre à des organismes relevant de régimes différents mais assurant la gestion d'un même risque de mutualiser la réalisation d'enquêtes ;
- harmoniser les moyens de lutte contre la fraude à l'ensemble des organismes assurant la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, notamment les régimes spéciaux.

a) Mesure proposée

- ***Mutualisation et exploitation des enquêtes réalisées par un autre régime***

La mesure permettra la mutualisation des enquêtes inter-régimes entre organismes assurant la gestion d'un même risque, ainsi que l'exploitation directe des constats effectués dans ce cadre, quel que soit le régime auquel ils appartiennent dès lors qu'elles ont été menées selon les mêmes règles et par des agents agréés et assermentés.

Par conséquence, la disposition étend aux agents de contrôle de tous les organismes la possibilité d'exploiter les enquêtes réalisées par les agents de contrôle des autres organismes (tous régimes confondus), y compris les organismes chargés du recouvrement (URSSAF et MSA). Elle autorise également la réalisation commune d'enquêtes entre organismes de régimes différents mais gérant le même risque.

Par exemple, une enquête réalisée par une CARSAT pour une fraude commise par le bénéficiaire d'une prestation vieillesse pourra être mutualisée avec le RSI et la MSA si le fraudeur est polypensionné. De même, un redressement réalisé par un agent URSSAF au titre du travail dissimulé pourra être directement exploité par une CAF pour évaluer les conditions de ressources d'un bénéficiaire du RSA. Cette disposition facilitera également la conduite des contrôles inter-

régimes pour les professionnels de santé. Enfin, en cas de fraude commise par un transporteur sanitaire constatée au régime général, les autres régimes qui prennent en charge ce type de transport pourront directement en tirer les conséquences sans avoir à renouveler le contrôle du transporteur.

- ***Harmonisation des moyens de lutte contre la fraude***

Il est proposé d'aligner l'ensemble des dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude à l'ensemble des organismes de sécurité sociale et des régimes spéciaux.

La mesure consiste à corriger la rédaction des textes relatifs à la fraude permettant de viser tous les organismes qui gèrent des régimes obligatoires de sécurité sociale notamment les régimes spéciaux. Elle ajuste également des divergences entre le régime général, le régime des indépendants et le régime agricole.

Elle contribue ainsi à :

- permettre aux agents de contrôle de la MSA de bénéficier des facultés offertes aux agents de contrôle du régime général (rendre le procès verbal des fraudes aux prestations servies par la MSA opposable, alignement de la sanction pénale d'obstacle à contrôle) ;
- l'alignement des pouvoirs de contrôle des agents MSA pour les prestations d'action sociale ;
- l'harmonisation des pouvoirs d'audition des agents de contrôle MSA à l'ensemble des prestations servies par la MSA ;
- l'alignement des mesures de protection des agents de contrôle MSA sur les agents du régime général ;
- l'alignement des facultés d'échanges d'informations des agents de contrôle de la MSA sur les agents de contrôle du recouvrement ;
- l'alignement du quantum de la sanction en cas de refus d'affiliation auprès de la MSA et l'application à cet organisme de la sanction des meneurs de mouvements contestataires ;
- permettre aux régimes spéciaux et aux fonds gérés par la CDC de disposer d'agents de contrôle agréés et assermentés, de réaliser des droits de communication et de participer aux CODAF.

b) Autres options possibles

La modification des dispositions actuelles permettrait de limiter les moyens nécessaires à la lutte contre la fraude.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

En tant qu'elle modifie les règles relatives à la gestion des risques par les régimes obligatoires de base ainsi que les règles d'organisation et de gestion interne de ces régimes et qu'elle a pour effet de modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, elle relève du champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

En outre, la lutte contre la fraude participe à l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale. Le renforcement du dispositif de contrôle contribue au recouvrement de prestations indûment versées. La mesure relève donc également du champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 1° du même C.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

Les régimes spéciaux et la Caisse des dépôts et consignations ont été associés aux travaux d'harmonisation des compétences en matière de lutte contre la fraude.

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. En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive… et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de normes ou de jurisprudences communautaires ou européens s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Modification des articles L.114-9, L.114-10, L.114-11, L.114-19 du code de la sécurité sociale.

Modification des articles L.724-7 et L.724-11 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Abrogation des articles L. 725-14 et L. 725-15 du code rural et de la pêche maritime

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Mesure directement applicable*
Mayotte	*Mesure non applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Mesure directement applicable*
Saint Pierre et Miquelon	*Mesure non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure permettra de diminuer le nombre d'enquêtes diligentées à la suite de la transmission des contrôles effectués par les autres régimes.

Sur le seul champ de la santé, le montant du préjudice détecté par la CNAMTS augmenté en 2013 pour atteindre 167,1 millions d'euros, contre 149,4 millions d'euros en 2012 (soit + 12%).

Sous l'hypothèse que 10% des situations pour lesquelles est détectée une fraude concernent des personnes qui perçoivent des prestations de plusieurs régimes et dès lors que l'ensemble des régimes autres que le régime général représente 15% des assurés, une exploitation plus large des enquêtes réalisées par le régime général (CNAMTS, CNAV et CNAF) pourrait accroître les résultats de lutte contre la fraude pour les autres régimes (MSA, RSI, Régimes spéciaux) à hauteur de 2,5 M€ tous risques confondus.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
		+ 2,5	+ 2,5	+ 2,5	+ 2,5

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

En renforçant la lutte contre la fraude, la mesure contribue à consolider les régimes de protection sociale.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les bénéficiaires de prestations

La mesure contribue à l'objectif de simplification : les personnes ayant fait l'objet d'un contrôle ne seront plus contraints de produire de nouveaux justificatifs s'ils ont été déjà produits auprès d'un autre organisme ni de subir une nouvelle fois les sollicitations d'un agent de contrôle.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations…)

Pour être exploitables, certains rapports d'enquêtes devront être enrichis pour tenir compte des spécificités des autres régimes.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La disposition optimise les moyens déployés par les organismes de sécurité sociale dans le cadre de la lutte contre la fraude. Les régimes n'ayant pas les moyens de mettre en œuvre leurs propres enquêtes pourront désormais tirer les conséquences des enquêtes réalisées par d'autres régimes.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Les dispositions relatives à l'harmonisation des moyens de lutte contre la fraude sont d'application directe. En revanche, un décret en Conseil d'Etat est nécessaire pour mettre en œuvre l'exploitation des enquêtes inter-régimes. Il sera pris au cours du premier semestre 2016.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure n'appelle pas de dispositions transitoire est sera immédiatement mise en œuvre par les organismes de sécurité sociale dès la publication des textes correspondants.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure n'appelle pas d'information particulière des assurés et des cotisants et s'appliquera dans le respect des obligations liées au droit de la défense.

d) Suivi de la mise en œuvre

La disposition fera l'objet d'un suivi particulier dans les bilans transmis à la tutelle en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 114-9 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 114-9 modifié du code de la sécurité sociale**
Les directeurs des organismes de sécurité sociale, ainsi que les directeurs des organismes admis à encaisser des cotisations ou à servir des prestations au titre des régimes obligatoires de base sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires. Ils transmettent à l'autorité compétente de l'Etat le rapport établi à l'issue des investigations menées. (…)	Les directeurs des organismes **chargés de la gestion d'un régime obligatoire** de sécurité sociale, ainsi que les directeurs des organismes admis à encaisser des cotisations ou à servir des prestations au titre des régimes obligatoires de base sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires. Ils transmettent à l'autorité compétente de l'Etat le rapport établi à l'issue des investigations menées. (…)
Article L. 114-10 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 114-10 modifié du code de la sécurité sociale**
Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et	Les directeurs des organismes **chargés de la gestion d'un régime obligatoire** de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, **ou par arrêté du ministre chargé de l'agriculture,** le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et

la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches du régime général. Les modalités de cette coopération sont définies par décret. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux agents mentionnés à l'article L. 243-7.	la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches ~~*du régime général*~~ **et différents régimes de la sécurité sociale.** **Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme, concernant l'attribution des prestations dont il a la charge.** Les modalités de cette coopération sont définies par décret. ~~*Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux agents mentionnés à l'article L. 243-7.*~~
Article L. 114-11 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 114-11 modifié du code de la sécurité sociale**
Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes de sécurité sociale, les services de l'Etat chargés des affaires consulaires ainsi que l'établissement mentionné à l'article L. 452-1 du code de l'éducation se communiquent toutes informations qui sont utiles : (...)	Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes **chargés de la gestion d'un régime obligatoire** de sécurité sociale, les services de l'Etat chargés des affaires consulaires ainsi que l'établissement mentionné à l'article L. 452-1 du code de l'éducation se communiquent toutes informations qui sont utiles : (...)
Article L. 114-19 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 114-19 modifié du code de la sécurité sociale**
Le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires : 1° Aux agents des organismes de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ; (...)	Le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires : 1° Aux agents des organismes **chargés de la gestion d'un régime obligatoire** de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ; (...)
Article L. 724-7- actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 724-7 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Le contrôle de l'application des dispositions relatives aux différentes branches des régimes de protection sociale des non-salariés et salariés agricoles, mentionnées aux articles L. 722-8 et L. 722-27 ainsi que de celles des articles L. 732-56 et suivants est confié aux caisses de mutualité sociale agricole. Pour l'exercice de ce contrôle, une caisse de mutualité sociale agricole peut déléguer à une autre caisse de mutualité sociale agricole ses compétences dans des conditions fixées par décret.	Le contrôle de l'application des dispositions relatives aux différentes branches des régimes de protection sociale des non-salariés et salariés agricoles, mentionnées aux articles L. 722-8 et L. 722-27**, le contrôle de l'application des dispositions des articles L732-56 et suivants ainsi que le contrôle des mesures d'action sanitaire et sociale visées aux articles L. 726-1 et L. 726-3 du présent code** est confié aux caisses de mutualité sociale agricole. Pour l'exercice de ce contrôle, une caisse de mutualité sociale agricole peut déléguer à une autre caisse

(…)	de mutualité sociale agricole ses compétences dans des conditions fixées par décret. (…)
Article L. 724-11- actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 724-11 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Les agents de contrôle assermentés des caisses de mutualité sociale agricole peuvent interroger les salariés agricoles pour connaître leurs nom, adresse, emploi, le montant de leur rémunération et celui des retenues effectuées sur leur salaire au titre des assurances sociales. Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les personnes mentionnées au 5° de l'article L. 722-10, les titulaires d'allocations ou de pension de retraite mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 722-13 ainsi que tous les employeurs de salariés agricoles sont tenus de recevoir, à toute époque, les agents de contrôle assermentés des caisses de mutualité sociale agricole qui se présentent pour assurer l'exercice de leurs missions et de leur présenter tous documents nécessaires à l'exercice de leur contrôle. Ces dispositions concernent également, pour l'application des dispositions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles des salariés agricoles, les agents chargés du contrôle de la prévention Les agents de contrôle mentionnés au premier alinéa doivent communiquer, le cas échéant, leurs observations à l'employeur en l'invitant à y répondre dans un délai déterminé. A l'expiration de ce délai, ils transmettent au directeur de la caisse de mutualité sociale agricole leurs observations accompagnées de la réponse éventuelle de l'intéressé	~~*Les agents de contrôle assermentés des caisses de mutualité sociale agricole peuvent interroger les salariés agricoles pour connaître leurs nom, adresse, emploi, le montant de leur rémunération et celui des retenues effectuées sur leur salaire au titre des assurances sociales.*~~ ~~*Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les personnes mentionnées au 5° de l'article L. 722-10, les titulaires d'allocations ou de pension de retraite mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 722-13 ainsi que tous les employeurs de salariés agricoles sont tenus de recevoir, à toute époque, les agents de contrôle assermentés des caisses de mutualité sociale agricole qui se présentent pour assurer l'exercice de leurs missions et de leur présenter tous documents nécessaires à l'exercice de leur contrôle.*~~ **Les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole peuvent interroger les cotisants, les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants-droit pour connaître leurs nom, adresse, emploi, le montant de leur revenu ainsi que toute information utile à l'exercice de leur mission.** **« Les cotisants, les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants-droit sont tenus de recevoir les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole qui se présentent pour assurer l'exercice de leurs missions et de leur présenter tous documents nécessaires à l'exercice de leur contrôle ou enquête.** Ces dispositions concernent également, pour l'application des dispositions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles des salariés agricoles, les agents chargés du contrôle de la prévention ~~*Les agents de contrôle mentionnés au premier alinéa doivent communiquer, le cas échéant, leurs observations à l'employeur en l'invitant à y répondre dans un délai déterminé.*~~ **A l'issue du contrôle, les agents mentionnés au premier alinéa doivent communiquer leurs observations aux personnes contrôlées, au titre des cotisations et contributions dues, en les invitant à y répondre dans un délai déterminé.** A l'expiration de ce délai, ils transmettent au directeur de la caisse de mutualité sociale agricole leurs observations accompagnées de la réponse éventuelle de l'intéressé.

Article L. 725-14- actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 725-14 abrogé**
Est puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 200 000 F le fait, par voie de fait, menaces ou manoeuvres concertées, d'organiser ou de tenter d'organiser le refus par les assujettis de se conformer aux prescriptions de la législation applicable aux régimes obligatoires de protection sociale agricole et notamment de s'affilier à une caisse de mutualité sociale agricole ou de payer les cotisations dues.	~~*Est puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 200 000 F le fait, par voie de fait, menaces ou manœuvres concertées, d'organiser ou de tenter d'organiser le refus par les assujettis de se conformer aux prescriptions de la législation applicable aux régimes obligatoires de protection sociale agricole et notamment de s'affilier à une caisse de mutualité sociale agricole ou de payer les cotisations dues.*~~
Article L. 725-15- actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 725-15 abrogé**
Est puni d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 50 000 F le fait d'inciter les assujettis, par quelque moyen que ce soit, à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation applicable aux régimes obligatoires de protection sociale agricole et notamment de s'affilier à une caisse de mutualité sociale agricole ou de payer les cotisations dues.	~~*Est puni d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 50 000 F le fait d'inciter les assujettis, par quelque moyen que ce soit, à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation applicable aux régimes obligatoires de protection sociale agricole et notamment de s'affilier à une caisse de mutualité sociale agricole ou de payer les cotisations dues.*~~

ARTICLE 60 – Exclusion des sommes issues de fraudes sociales des procédures collectives

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La LFSS pour 2012, en son article 116, a prévu que les dettes ayant pour origine des manœuvres frauduleuses, commises au préjudice des organismes de protection sociale, énumérés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, sont exclues de toute remise, de tout rééchelonnement ou effacement (article L. 333-1 du code de la consommation) lors des procédures de surendettement.

En effet, les indus et les sanctions pécuniaires ou les sommes dont l'origine frauduleuse est établie soit par une décision de justice soit par une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale sont exclues de la procédure de surendettement. Les créances sont ainsi préservées et susceptibles d'être recouvrées par les organismes sociaux.

Cette exclusion des procédures de surendettement permet notamment à une personne ayant frauduleusement bénéficié de prestations sociales de ne pas s'exonérer du remboursement de l'indu et des sanctions associées.

En revanche, les dettes ayant pour origine des manœuvres frauduleuses, commises au préjudice des organismes de protection sociale énumérés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale ne bénéficient pas de ce régime protecteur lors des procédures de liquidation judiciaire ou de rétablissement professionnel (dans les cas des entreprises n'employant pas de salariés).

Les personnes physiques ou morales exerçant une activité professionnelle peuvent dès lors bénéficier d'une remise, d'un échelonnement ou d'un effacement de fait de la dette d'origine frauduleuse (si elle n'est pas reconnue par une juridiction pénale). Par exemple, un transporteur sanitaire qui se rend coupable de facturations frauduleuses à l'assurance maladie peut voir sa dette annulée dans le cadre d'un redressement professionnel ou de l'ouverture d'une procédure collective.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Il est proposé d'étendre à l'ensemble des situations (de dettes personnelles et dettes professionnelles) l'exclusion des possibilités de remise, d'échelonnement ou d'effacement des dettes ayant pour origine une manœuvre frauduleuse au préjudice des organismes de protection sociale par la création d'un article similaire à l'article L. 333-1 du code de la consommation.

Sauf accord du créancier, sont exclues de toute remise, de tout rééchelonnement ou effacement, les dettes ayant pour origine des manœuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale énumérés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale.

Une telle modification permettra aux organismes sociaux de préserver de telles créances nées antérieurement au jugement d'ouverture ou au cours de la procédure collective.

b) Autres options possibles

Aucune.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La lutte contre la fraude participe à l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale. Elle relève du champ des lois de financement de la sécurité sociale en application du 1° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive… et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de normes ou de jurisprudences communautaires ou européennes s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Modification des articles L. 643-11 et L. 645-11 du code du commerce.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Mesure applicable*
Mayotte	*Mesure applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Mesure applicable*
Saint Pierre et Miquelon	*Mesure applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2015 (rectificatif)	2016 P ou R	2017	2018	2019
		+1,6	+1,6	+1,6	+1,6

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

Les organismes de protection sociale ont détecté 3,2 millions € d'indus irrécupérables (principalement des majorations et pénalités de retard) en raison de l'ouverture d'une procédure de redressement professionnel. La mesure ne permettra pas de garantir le recouvrement total de ces indus. Toutefois, on peut estimer qu'elle contribuera à assurer un taux de recouvrement de l'ordre de 50% soit 1,6 millions €.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

La mesure n'a pas d'impact direct sur la gestion des organismes.

b) impacts sociaux

La mesure limite les possibilités pour les professionnels qui exercent en nom personnel d'organiser leur insolvabilité suite à la réalisation d'une fraude à la sécurité sociale.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Mesure applicable indistinctement entre les hommes et les femmes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure n'a pas d'impact direct sur les assurés.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations…)

Pas d'impact sur les métiers et systèmes d'informations.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Impact sur les finances des organismes de protection sociale compte tenu du fait que les dettes ayant pour origine des manœuvres frauduleuses ne pourront plus désormais faire l'objet de remise, de rééchelonnement ou d'effacement.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Mesure d'application directe

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Date d'application de la LFSS

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi du montant des créances protégées sera demandé aux organismes dans le cadre du bilan transmis à la tutelle en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 643-11 actuel du code de commerce	Article L. 643-11 modifié du code de commerce
I.-Le jugement de clôture de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actif ne fait pas recouvrer aux créanciers l'exercice individuel de leurs actions contre le débiteur. Il est fait exception à cette règle :	I.-Le jugement de clôture de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actif ne fait pas recouvrer aux créanciers l'exercice individuel de leurs actions contre le débiteur. Il est fait exception à cette règle :
1° Pour les actions portant sur des biens acquis au titre d'une succession ouverte pendant la procédure de liquidation judiciaire ;	1° Pour les actions portant sur des biens acquis au titre d'une succession ouverte pendant la procédure de liquidation judiciaire ;
2° Lorsque la créance trouve son origine dans une infraction pour laquelle la culpabilité du débiteur a été établie ou lorsqu'elle porte sur des droits attachés à la personne du créancier.	2° Lorsque la créance trouve son origine dans une infraction pour laquelle la culpabilité du débiteur a été établie ou lorsqu'elle porte sur des droits attachés à la personne du créancier ;
	3° Lorsque la créance a pour origine des manœuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale énumérés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale. L'origine frauduleuse de la créance est établie soit par une décision de justice, soit par une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du même code.
II.-Les coobligés et les personnes ayant consenti une sûreté personnelle ou ayant affecté ou cédé un bien en garantie peuvent poursuivre le débiteur s'ils ont payé à la place de celui-ci.	II.-Les coobligés et les personnes ayant consenti une sûreté personnelle ou ayant affecté ou cédé un bien en garantie peuvent poursuivre le débiteur s'ils ont payé à la place de celui-ci.
III.-Les créanciers recouvrent leur droit de poursuite individuelle dans les cas suivants :	III.-Les créanciers recouvrent leur droit de poursuite individuelle dans les cas suivants :
1° La faillite personnelle du débiteur a été prononcée ;	1° La faillite personnelle du débiteur a été prononcée ;
2° Le débiteur a été reconnu coupable de banqueroute ;	2° Le débiteur a été reconnu coupable de banqueroute ;
3° Le débiteur, au titre de l'un quelconque de ses patrimoines, ou une personne morale dont il a été le dirigeant a été soumis à une procédure de liquidation judiciaire antérieure clôturée pour insuffisance d'actif moins de cinq ans avant l'ouverture de celle à laquelle il est soumis ainsi que le débiteur qui, au cours des cinq années précédant cette date, a bénéficié des dispositions de l'article L. 645-11 ;	3° Le débiteur, au titre de l'un quelconque de ses patrimoines, ou une personne morale dont il a été le dirigeant a été soumis à une procédure de liquidation judiciaire antérieure clôturée pour insuffisance d'actif moins de cinq ans avant l'ouverture de celle à laquelle il est soumis ainsi que le débiteur qui, au cours des cinq années précédant cette date, a bénéficié des dispositions de l'article L. 645-11 ;
4° La procédure a été ouverte en tant que procédure territoriale au sens du paragraphe 2 de l'article 3 du règlement (CE) n° 1346/2000 du Conseil du 29 mai 2000 relatif aux procédures d'insolvabilité.	4° La procédure a été ouverte en tant que procédure territoriale au sens du paragraphe 2 de l'article 3 du règlement (CE) n° 1346/2000 du Conseil du 29 mai 2000 relatif aux procédures d'insolvabilité.
IV.-En outre, en cas de fraude à l'égard d'un ou de plusieurs créanciers, le tribunal autorise la reprise des actions individuelles de tout créancier à l'encontre du débiteur. Le tribunal statue lors de la clôture de la procédure après avoir entendu ou dûment appelé le débiteur, le liquidateur et les contrôleurs. Il peut statuer postérieurement à celle-ci, à la demande de tout intéressé, dans les mêmes conditions.	IV.-En outre, en cas de fraude à l'égard d'un ou de plusieurs créanciers, le tribunal autorise la reprise des actions individuelles de tout créancier à l'encontre du débiteur. Le tribunal statue lors de la clôture de la procédure après avoir entendu ou dûment appelé le débiteur, le liquidateur et les contrôleurs. Il peut statuer postérieurement à celle-ci, à la demande de tout intéressé, dans les mêmes conditions.
V.-Les créanciers qui recouvrent leur droit de poursuite individuelle et dont les créances ont été admises ne peuvent exercer ce droit sans avoir obtenu un titre exécutoire ou, lorsqu'ils disposent déjà d'un tel titre, sans	V.-Les créanciers qui recouvrent leur droit de poursuite individuelle et dont les créances ont été admises ne peuvent exercer ce droit sans avoir obtenu un titre exécutoire ou, lorsqu'ils disposent déjà d'un tel titre, sans

avoir fait constater qu'ils remplissent les conditions prévues au présent article. Le président du tribunal, saisi à cette fin, statue par ordonnance. Les créanciers qui recouvrent l'exercice individuel de leurs actions et dont les créances n'ont pas été vérifiées peuvent le mettre en œuvre dans les conditions du droit commun. VI.-Lorsque la clôture de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actif est prononcée à l'issue d'une procédure ouverte à raison de l'activité d'un débiteur entrepreneur individuel à responsabilité limitée à laquelle un patrimoine est affecté, le tribunal, en cas de fraude à l'égard d'un ou de plusieurs créanciers, autorise les actions individuelles de tout créancier sur les biens compris dans le patrimoine non affecté de cet entrepreneur. Il statue dans les conditions prévues au IV. Les créanciers exercent les droits qui leur sont conférés par les présentes dispositions dans les conditions prévues au V. VII.-Lorsque la clôture de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actif est prononcée à l'issue d'une procédure ouverte à raison de l'activité d'un débiteur, personne physique, à laquelle un patrimoine n'avait pas été affecté, le tribunal peut imposer des délais uniformes de paiement des créances mentionnées au I de l'article L. 641-13 à l'exception de celles des administrations financières, des organismes de sécurité sociale, des institutions gérant le régime d'assurance chômage prévu par les articles L. 5422-1 et suivants du code du travail et des institutions régies par le livre IX du code de la sécurité sociale. Ces délais ne peuvent excéder deux ans.	avoir fait constater qu'ils remplissent les conditions prévues au présent article. Le président du tribunal, saisi à cette fin, statue par ordonnance. Les créanciers qui recouvrent l'exercice individuel de leurs actions et dont les créances n'ont pas été vérifiées peuvent le mettre en œuvre dans les conditions du droit commun. VI.-Lorsque la clôture de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actif est prononcée à l'issue d'une procédure ouverte à raison de l'activité d'un débiteur entrepreneur individuel à responsabilité limitée à laquelle un patrimoine est affecté, le tribunal, en cas de fraude à l'égard d'un ou de plusieurs créanciers, autorise les actions individuelles de tout créancier sur les biens compris dans le patrimoine non affecté de cet entrepreneur. Il statue dans les conditions prévues au IV. Les créanciers exercent les droits qui leur sont conférés par les présentes dispositions dans les conditions prévues au V. VII.-Lorsque la clôture de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actif est prononcée à l'issue d'une procédure ouverte à raison de l'activité d'un débiteur, personne physique, à laquelle un patrimoine n'avait pas été affecté, le tribunal peut imposer des délais uniformes de paiement des créances mentionnées au I de l'article L. 641-13 à l'exception de celles des administrations financières, des organismes de sécurité sociale, des institutions gérant le régime d'assurance chômage prévu par les articles L. 5422-1 et suivants du code du travail et des institutions régies par le livre IX du code de la sécurité sociale. Ces délais ne peuvent excéder deux ans.
Article L. 645-11 actuel du code de commerce	**Article L. 645-11 modifié du code de commerce**
La clôture de la procédure de rétablissement professionnel entraîne effacement des dettes à l'égard des créanciers dont la créance est née antérieurement au jugement d'ouverture de la procédure, a été portée à la connaissance du juge commis par le débiteur et a fait l'objet de l'information prévue à l'article L. 645-8. Ne peuvent être effacées les créances des salariés, les créances alimentaires et les créances mentionnées aux 1° et 2° du I et au II de l'article L. 643-11. Les dettes effacées sont mentionnées dans le jugement de clôture.	La clôture de la procédure de rétablissement professionnel entraîne effacement des dettes à l'égard des créanciers dont la créance est née antérieurement au jugement d'ouverture de la procédure, a été portée à la connaissance du juge commis par le débiteur et a fait l'objet de l'information prévue à l'article L. 645-8. Ne peuvent être effacées les créances des salariés, les créances alimentaires et les créances mentionnées aux 1°, 2° **et 3°** du I et au II de l'article L. 643-11. Les dettes effacées sont mentionnées dans le jugement de clôture.

ARTICLE 61. – Elargir les sources de détection des fraudes sociales

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

a) Echanges d'informations avec les agents assermentés du CNAPS

Réglementées depuis la loi n° 83-629 du 12 juillet 1983 plusieurs fois modifiées, les activités privées de sécurité sont longtemps demeurées peu contrôlées. La loi du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure a créé le Conseil national des activités privées de sécurité (CNAPS) dont l'une des missions est de contrôler les acteurs de la sécurité privée (article L. 632-1 du code de la sécurité intérieure).

Une convention nationale de partenariat pour la lutte contre le travail illégal dans le secteur de la sécurité privée a été signée le 12 décembre 2012 entre les administrations compétentes des ministères de l'intérieur, du travail, du budget et le CNAPS et les organisations patronales de la surveillance humaine. Cette convention vise à lutter contre les différentes formes irrégulières d'emploi, à l'origine de situations de travail illégal. Des actions de prévention, de sensibilisation et de signalement, notamment au sein des Comités opérationnels départementaux antifraudes (CODAF) sont prévues, ainsi que des déclinaisons régionales et départementales de cette convention nationale.

Cependant, la mission de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale relève de la compétence exclusive des agents mentionnés à l'article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale (organismes de sécurité sociale, inspection du travail, services fiscaux, douanes) parmi lesquels les agents du CNAPS n'apparaissent pas.

b) b)Echanges d'informations avec les services de renseignement

Le versement de certaines prestations de sécurité sociale est soumis au respect de la condition de résidence. Les signalements du ministère de l'intérieur permettent ainsi d'étayer les contrôles réalisés par les organismes de protection sociale dans la mesure où sont notamment transmis les dates de sortie du territoire de bénéficiaires de prestations sociales.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

• Il est proposé d'instaurer un droit de communication entre les agents du CNAPS dûment habilités par leur directeur et les agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, c'est-à-dire les inspecteurs et les contrôleurs du travail, les officiers et agents de police judiciaire, les agents des impôts et des douanes, les agents des organismes de sécurité sociale et des caisses de mutualité sociale agricole agréés et assermentés, les administrateurs des affaires maritimes, les officiers du corps technique et administratif des affaires maritimes et les fonctionnaires affectés dans les services exerçant des missions de contrôle dans le domaine des affaires maritimes sous l'autorité ou à la disposition du ministre chargé de la mer, les fonctionnaires des corps techniques de l'aviation civile commissionnés assermentés, les fonctionnaires ou agents de l'Etat chargés du contrôle des transports terrestres, les agents de l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1, chargés de la prévention des fraudes, agréés et assermentés à cet effet.

La levée conjointe du secret professionnel entre les agents contrôleurs du CNAPS et ceux mentionnés à l'article L. 8271-1-2 permet de favoriser l'échange d'informations. Les agents contrôleurs du CNAPS pourront ainsi être associés aux CODAF et/ou participer à des opérations de contrôle conjointes dans le domaine de la sécurité privée. Leur connaissance de la profession pourra ainsi améliorer les investigations conduites et permettre d'améliorer l'efficacité des contrôles conduits par les agents sus-mentionnés.

Une mesure législative s'impose pour la levée du secret professionnel entre les agents du CNAPS et les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail.

• Il est également proposé de permettre la transmission d'informations entre les services du ministère de l'intérieur et les organismes de sécurité sociale afin que ces derniers puissent exploiter les informations transmises dans le cadre de la vérification des conditions de résidence pour les prestations soumises à ce critère.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure permettra de mieux détecter les infractions au titre du travail dissimulé en élargissant les échanges d'informations possibles entre les différents corps de contrôle et permettra de concourir à la lutte contre la fraude en améliorant les contrôles réalisés par les branches prestataires.

En tant qu'elle a, de par ses effets attendus en termes d'augmentation des redressements de cotisations et de notifications d'indus, pour effet de modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, elle relève du champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive… et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences communautaires ou européennes s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Codification par insertion d'un article au sein du code de la sécurité intérieure (L. 634-1-1) et d'un article au sein du code du travail (L. 8271-6-3).

Codification des adaptations apportées en conséquence aux territoires d'outre-mer : modification de certains articles du code de la sécurité intérieure (L.642-1, L. 645-1, L. 646-1, L. 647-1) et insertion d'un article au sein du code du travail applicable à Mayotte (L. 313-7).

Codification par l'insertion d'un nouvel alinéa dans l'article L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale mentionnant la possibilité de recevoir des informations des agents de renseignement.

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	*Oui*
Mayotte	*Oui*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Oui*
Saint Pierre et Miquelon	*Oui*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Oui : Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure permet notamment de sanctionner les personnes ne respectant pas la réglementation en vigueur relative aux activités de sécurité.

Le gain financier pour la sécurité sociale dépend du nombre d'entreprises de sécurité privée en situation irrégulière et de l'efficacité des contrôles.

Selon le rapport de l'ACOSS intitulé « Le contrôle et la lutte contre la fraude au prélèvement social » (2014), le montant des redressements notifiés dans le secteur de l'activité de sécurité privée au titre du travail dissimulé est de 17,2 M€ (voir le « bilan des contrôles dans les secteurs prioritaires identifiés par le plan national de lutte contre le travail illégal en 2013 », publié par la direction générale du travail en décembre 2014).

Il est fait l'hypothèse d'une augmentation de l'ordre de 10% du montant de ces redressements grâce à la mesure proposée.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	**Impact financier en droits constatés (en M€) Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)**				
	2015 (rectificatif)	2016	2017	2018	2019
		+ 2,5	+ 2,5	+ 2,5	+ 2,5

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux et en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

a) impacts économiques

b) impacts sociaux

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure n'a pas d'impact sur les assurés.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations…)

Les différents corps de contrôle auront désormais la possibilité d'échanger des information en ce qui concerne la fraude en matière sociale.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Aucun.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Aucun.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Aucun.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucun besoin de communication des assurés ou cotisants.

d) Suivi de la mise en œuvre

L'examen des données statistiques sur la lutte contre le travail illégal effectué par la direction générale du travail, les rapports de l'ACOSS ainsi que le suivi des contrôles du CNAPS (nombre d'informations transmises en application de la mesure) permettront d'analyser l'efficacité de la mesure.

Le réseau des caisses d'allocation familiale (CAF) est principalement concerné par les prestations non exportables. La CNAF assurera donc la centralisation des données relatives aux départs à l'étranger et réalisera dans le cadre de son bilan annuel transmis en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale un suivi des fraudes détectées grâce aux transmissions du ministère de l'intérieur.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Nouvel Article L. 634-3-1 du code de la sécurité intérieure
	Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail peuvent transmettre aux agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité tous renseignements et tous documents permettant à ces derniers d'assurer le contrôle des personnes exerçant les activités privées de sécurité privées de sécurité pour tirer les conséquences d'une situation de travail illégal. **Les agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité peuvent transmettre aux agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail tous renseignements et documents nécessaires à leur mission de lutte contre le travail illégal.**
	Nouvel Article L. 634-3-1 du code de la sécurité intérieure
	Les dispositions applicables aux échanges d'informations entre les agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité et les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail sont définies à l'article L. 8271-6-3 de ce même code.
Article L.642-1 actuel du CSI :	**Article L.642-1 modifié du CSI :**
Pour l'application du présent livre à Mayotte : 1° Les références au représentant de l'Etat dans le département sont remplacées par la référence au représentant de l'Etat dans le Département de Mayotte ; 2° Les références au département sont remplacées par la référence au Département de Mayotte ; 3° Les mots : " registre du commerce et des sociétés " sont remplacés par les mots : " répertoire local des entreprises " ; 4° Au 5° de l'article L. 612-16 et au 6° de l'article L. 622-14, les mots : " code du travail " sont remplacés par les mots : " code du travail applicable à Mayotte " ; 5° Au 4° de l'article L. 612-20 et au 2° de l'article L. 622-19, après les mots : " territoire national ", la fin de l'alinéa est supprimée ; 6° Aux articles L. 612-21 et L. 622-20, les mots : " à l'article L. 1234-9 du code du travail " sont remplacés par les mots : " à l'article L. 122-22 du code du travail applicable à Mayotte " et les mots : " à l'article L. 5421-1 de ce code " sont remplacés par les mots : " par les dispositions en vigueur dans le Département de Mayotte relatives au revenu de remplacement " ; 7° Aux articles L. 611-2 et L. 623-1, les mots : " aux articles	Pour l'application du présent livre à Mayotte : 1° Les références au représentant de l'Etat dans le département sont remplacées par la référence au représentant de l'Etat dans le Département de Mayotte ; 2° Les références au département sont remplacées par la référence au Département de Mayotte ; 3° Les mots : " registre du commerce et des sociétés " sont remplacés par les mots : " répertoire local des entreprises " ; 4° Au 5° de l'article L. 612-16 et au 6° de l'article L. 622-14, les mots : " code du travail " sont remplacés par les mots : " code du travail applicable à Mayotte " ; 5° Au 4° de l'article L. 612-20 et au 2° de l'article L. 622-19, après les mots : " territoire national ", la fin de l'alinéa est supprimée ; 6° Aux articles L. 612-21 et L. 622-20, les mots : " à l'article L. 1234-9 du code du travail " sont remplacés par les mots : " à l'article L. 122-22 du code du travail applicable à Mayotte " et les mots : " à l'article L. 5421-1 de ce code " sont remplacés par les mots : " par les dispositions en vigueur dans le Département de Mayotte relatives au revenu de remplacement " ; 7° Aux articles L. 611-2 et L. 623-1, les mots : " aux articles

L. 1221-13 et L. 1221-15 du code du travail " sont remplacés par les mots : " à l'article L. 620-3 du code du travail applicable à Mayotte " et les mots : " aux articles L. 3171-3, L. 8113-4 et L. 8113-5 du même code " sont remplacés par les mots : " à l'article L. 610-8 du code du travail applicable à Mayotte " ; 8° A l'article L. 634-3, les mots : " à l'article L. 1221-13 du code du travail " sont remplacés par les mots : " à l'article L. 620-3 du code du travail applicable à Mayotte ".	L. 1221-13 et L. 1221-15 du code du travail " sont remplacés par les mots : " à l'article L. 620-3 du code du travail applicable à Mayotte " et les mots : " aux articles L. 3171-3, L. 8113-4 et L. 8113-5 du même code " sont remplacés par les mots : " à l'article L. 610-8 du code du travail applicable à Mayotte " ; **7° bis A l'article L. 634-1-1, les mots : " à l'article L. 8271-1-2 du code du travail " sont remplacés par les mots : " aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du code du travail applicable à Mayotte " ;** 8° A l'article L. 634-3, les mots : " à l'article L. 1221-13 du code du travail " sont remplacés par les mots : " à l'article L. 620-3 du code du travail applicable à Mayotte ".
Article L. 645-1 actuel du CSI :	**Article L. 645-1 modifié du CSI :**
Le titre Ier, à l'exception de l'article L. 613-10, le titre II bis, et le titre III sont applicables en Polynésie française sous réserve des adaptations suivantes : 1° La référence au département est remplacée par la référence à la Polynésie française ; 2° La référence au représentant de l'Etat dans le département est remplacée par la référence au haut-commissaire de la République en Polynésie française ; 3° En Polynésie française, la commission régionale d'agrément et de contrôle est dénommée " commission locale d'agrément et de contrôle " ; 3° bis. A l'article L. 611-1, les mots : " La Poste " sont remplacés par les mots : " l'Office des postes et des télécommunications de Polynésie française " ; 4° Au 2° de l'article L. 612-1 et au 4° de l'article L. 612-7, les mots : " ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ", au 1° de l'article L. 612-7, les mots : " ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ", au deuxième alinéa de l'article L. 612-11, les mots : " ou l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen " et à l'article L. 612-24, les mots : " ou de l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen " sont supprimés ; 4° bis Au premier alinéa de l'article L. 612-2, les références : "L. 613-8 à L. 613-11" sont remplacées par les références : "L. 613-8, L. 613-9 et L. 613-11" ; 5° Au 5° de l'article L. 612-16, les mots : " du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile " sont remplacés par les mots : " de l'ordonnance n° 2000-372 du 26 avril 2000 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en Polynésie française " et les mots : " celles du code du travail " sont remplacés par les mots : " celles relatives aux contrat de travail, salaire, conditions de travail, repos et congés, emploi, embauche de la main d'œuvre étrangère, obligations des employeurs, conformément aux dispositions applicables localement " ; 6° A l'article L. 612-20 : a) Le 4° est ainsi rédigé : " 4° Pour un ressortissant étranger, s'il ne dispose pas d'un titre de séjour lui permettant d'exercer une activité sur le territoire de la Polynésie française et s'il ne dispose pas d'une autorisation de travail prévue par les dispositions	Le titre Ier, à l'exception de l'article L. 613-10, le titre II bis, et le titre III sont applicables en Polynésie française sous réserve des adaptations suivantes : 1° La référence au département est remplacée par la référence à la Polynésie française ; 2° La référence au représentant de l'Etat dans le département est remplacée par la référence au haut-commissaire de la République en Polynésie française ; 3° En Polynésie française, la commission régionale d'agrément et de contrôle est dénommée " commission locale d'agrément et de contrôle " ; 3° bis. A l'article L. 611-1, les mots : " La Poste " sont remplacés par les mots : " l'Office des postes et des télécommunications de Polynésie française " ; 4° Au 2° de l'article L. 612-1 et au 4° de l'article L. 612-7, les mots : " ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ", au 1° de l'article L. 612-7, les mots : " ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ", au deuxième alinéa de l'article L. 612-11, les mots : " ou l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen " et à l'article L. 612-24, les mots : " ou de l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen " sont supprimés ; 4° bis Au premier alinéa de l'article L. 612-2, les références : "L. 613-8 à L. 613-11" sont remplacées par les références : "L. 613-8, L. 613-9 et L. 613-11" ; 5° Au 5° de l'article L. 612-16, les mots : " du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile " sont remplacés par les mots : " de l'ordonnance n° 2000-372 du 26 avril 2000 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en Polynésie française " et les mots : " celles du code du travail " sont remplacés par les mots : " celles relatives aux contrat de travail, salaire, conditions de travail, repos et congés, emploi, embauche de la main d'œuvre étrangère, obligations des employeurs, conformément aux dispositions applicables localement " ; 6° A l'article L. 612-20 : a) Le 4° est ainsi rédigé : " 4° Pour un ressortissant étranger, s'il ne dispose pas d'un titre de séjour lui permettant d'exercer une activité sur le territoire de la Polynésie française et s'il ne dispose pas d'une autorisation de travail prévue par les dispositions

applicables localement ; " ; b) Au neuvième alinéa, les mots : " prévues à l'article L. 214-1 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " applicables localement " ; 7° A l'article L. 612-21, les mots : " dans les conditions prévues à l'article L. 1234-9 du code du travail " et les mots : " dans les conditions prévues à l'article L. 5421-1 de ce code " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " ; 8° Au deuxième alinéa de l'article L. 613-7, les mots : " des articles L. 214-2 et L. 214-3 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " des dispositions applicables localement " ; 9° L'article L. 614-1 est complété par les mots : " dans sa rédaction applicable en Polynésie française " ; 10° A l'article L. 611-2, les mots : " prévu aux articles L. 1221-13 et L. 1221-15 du code du travail " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " et les mots : " mentionnés aux articles L. 3171-3, L. 8113-4 et L. 8113-5 du même code " sont remplacés par les mots : " obligatoires aux termes des dispositions applicables localement " ; 11° A l'article L. 617-16, le deuxième alinéa est supprimé ; 12° A l'article L. 634-2 : a) Au premier alinéa, les mots : " tribunal de grande instance " sont remplacés par les mots : " tribunal de première instance " ; b) Au deuxième alinéa, les mots : " aux dispositions des articles 493 à 498 du code de procédure civile " sont remplacés par les mots : " aux dispositions de la section IV du chapitre V du titre VII du livre Ier du code de procédure civile de Polynésie française " ; 13° A l'article L. 634-3, les mots : " prévu à l'article L. 1221-13 du code du travail " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " ; 14° Les montants exprimés en euros sont applicables en Polynésie française sous réserve de leur contre-valeur en monnaie locale.	applicables localement ; " ; b) Au neuvième alinéa, les mots : " prévues à l'article L. 214-1 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " applicables localement " ; 7° A l'article L. 612-21, les mots : " dans les conditions prévues à l'article L. 1234-9 du code du travail " et les mots : " dans les conditions prévues à l'article L. 5421-1 de ce code " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " ; 8° Au deuxième alinéa de l'article L. 613-7, les mots : " des articles L. 214-2 et L. 214-3 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " des dispositions applicables localement " ; 9° L'article L. 614-1 est complété par les mots : " dans sa rédaction applicable en Polynésie française " ; 10° A l'article L. 611-2, les mots : " prévu aux articles L. 1221-13 et L. 1221-15 du code du travail " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " et les mots : " mentionnés aux articles L. 3171-3, L. 8113-4 et L. 8113-5 du même code " sont remplacés par les mots : " obligatoires aux termes des dispositions applicables localement " ; 11° A l'article L. 617-16, le deuxième alinéa est supprimé ; **11° bis A l'article L. 634-1-1, les mots : « agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement » ;** 12° A l'article L. 634-2 : a) Au premier alinéa, les mots : " tribunal de grande instance " sont remplacés par les mots : " tribunal de première instance " ; b) Au deuxième alinéa, les mots : " aux dispositions des articles 493 à 498 du code de procédure civile " sont remplacés par les mots : " aux dispositions de la section IV du chapitre V du titre VII du livre Ier du code de procédure civile de Polynésie française " ; 13° A l'article L. 634-3, les mots : " prévu à l'article L. 1221-13 du code du travail " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " ; 14° Les montants exprimés en euros sont applicables en Polynésie française sous réserve de leur contre-valeur en monnaie locale.
Article L. 646-1 actuel du CSI :	**Article L. 646-1 modifié du CSI :**
Le titre Ier, à l'exception des articles L. 613-10 et L. 613-11, le titre II bis et le titre III sont applicables en Nouvelle-Calédonie sous réserve des adaptations suivantes : 1° La référence au département est remplacée par la référence à la Nouvelle-Calédonie ; 2° La référence au représentant de l'Etat dans le département est remplacée par la référence au haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie ;	Le titre Ier, à l'exception des articles L. 613-10 et L. 613-11, le titre II bis et le titre III sont applicables en Nouvelle-Calédonie sous réserve des adaptations suivantes : 1° La référence au département est remplacée par la référence à la Nouvelle-Calédonie ; 2° La référence au représentant de l'Etat dans le département est remplacée par la référence au haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie ;

3° En Nouvelle-Calédonie, la commission régionale d'agrément et de contrôle est dénommée " commission locale d'agrément et de contrôle " ;	3° En Nouvelle-Calédonie, la commission régionale d'agrément et de contrôle est dénommée " commission locale d'agrément et de contrôle " ;
4° A l'article L. 611-1, les mots : " La Poste " sont remplacés par les mots : " l'Office des postes et des télécommunications de Nouvelle-Calédonie " ;	4° A l'article L. 611-1, les mots : " La Poste " sont remplacés par les mots : " l'Office des postes et des télécommunications de Nouvelle-Calédonie " ;
5° Au 2° de l'article L. 612-1 et au 4° de l'article L. 612-7, les mots : " ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ", au 1° de l'article L. 612-7, les mots : " ou d'un des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen ", au deuxième alinéa de l'article L. 612-11, les mots : " ou l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen " et à l'article L. 612-24, les mots : " ou de l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen " sont supprimés ;	5° Au 2° de l'article L. 612-1 et au 4° de l'article L. 612-7, les mots : " ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ", au 1° de l'article L. 612-7, les mots : " ou d'un des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen ", au deuxième alinéa de l'article L. 612-11, les mots : " ou l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen " et à l'article L. 612-24, les mots : " ou de l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen " sont supprimés ;
5° bis Au premier alinéa de l'article L. 612-2, la référence : "à L. 613-11" est remplacée par la référence : "et L. 613-9" ;	5° bis Au premier alinéa de l'article L. 612-2, la référence : "à L. 613-11" est remplacée par la référence : "et L. 613-9" ;
6° Au 5° de l'article L. 612-16, les mots : " du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile " sont remplacés par les mots : " de l'ordonnance n° 2002-388 du 20 mars 2002 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en Nouvelle-Calédonie " et les mots : " celles du code du travail " sont remplacés par les mots : " celles relatives aux contrat de travail, salaire, conditions de travail, repos et congés, emploi, embauche de la main d'œuvre étrangère, obligations des employeurs, conformément aux dispositions applicables localement " ;	6° Au 5° de l'article L. 612-16, les mots : " du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile " sont remplacés par les mots : " de l'ordonnance n° 2002-388 du 20 mars 2002 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en Nouvelle-Calédonie " et les mots : " celles du code du travail " sont remplacés par les mots : " celles relatives aux contrat de travail, salaire, conditions de travail, repos et congés, emploi, embauche de la main d'œuvre étrangère, obligations des employeurs, conformément aux dispositions applicables localement " ;
7° A l'article L. 612-20 :	7° A l'article L. 612-20 :
a) Le 4° est ainsi rédigé :	a) Le 4° est ainsi rédigé :
" 4° Pour un ressortissant étranger, s'il ne dispose pas d'un titre de séjour lui permettant d'exercer une activité sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie et s'il ne dispose pas d'une autorisation de travail prévue par les dispositions applicables localement ; " ;	" 4° Pour un ressortissant étranger, s'il ne dispose pas d'un titre de séjour lui permettant d'exercer une activité sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie et s'il ne dispose pas d'une autorisation de travail prévue par les dispositions applicables localement ; " ;
b) Au neuvième alinéa, les mots : " prévues à l'article L. 214-1 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " applicables localement " ;	b) Au neuvième alinéa, les mots : " prévues à l'article L. 214-1 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " applicables localement " ;
8° A l'article L. 612-21, les mots : " dans les conditions prévues à l'article L. 1234-9 du code du travail " et les mots : " dans les conditions prévues à l'article L. 5421-1 de ce code " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " ;	8° A l'article L. 612-21, les mots : " dans les conditions prévues à l'article L. 1234-9 du code du travail " et les mots : " dans les conditions prévues à l'article L. 5421-1 de ce code " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " ;
9° Au deuxième alinéa de l'article L. 613-7, les mots : " des articles L. 214-2 et L. 214-3 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " des dispositions applicables localement " ;	9° Au deuxième alinéa de l'article L. 613-7, les mots : " des articles L. 214-2 et L. 214-3 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " des dispositions applicables localement " ;
10° L'article L. 614-1 est complété par les mots : " dans sa rédaction applicable en Nouvelle-Calédonie " ;	10° L'article L. 614-1 est complété par les mots : " dans sa rédaction applicable en Nouvelle-Calédonie " ;
11° A l'article L. 611-2, les mots : " prévu aux articles L. 1221-13 et L. 1221-15 du code du travail " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " et les mots : " mentionnés aux articles L. 3171-3, L. 8113-4 et L. 8113-5 du même code " sont remplacés par les mots : " obligatoires aux termes des dispositions applicables localement " ;	11° A l'article L. 611-2, les mots : " prévu aux articles L. 1221-13 et L. 1221-15 du code du travail " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " et les mots : " mentionnés aux articles L. 3171-3, L. 8113-4 et L. 8113-5 du même code " sont remplacés par les mots : " obligatoires aux termes des dispositions applicables localement " ;
12° A l'article L. 617-16, le deuxième alinéa est supprimé ;	12° A l'article L. 617-16, le deuxième alinéa est supprimé ;
13° A l'article L. 634-2 :	**12° bis A l'article L. 634-1-1, les mots : « agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du**

a) Au premier alinéa, les mots : " tribunal de grande instance " sont remplacés par les mots : " tribunal de première instance " ; b) Au deuxième alinéa, les mots : " aux dispositions des articles 493 à 498 du code de procédure civile " sont remplacés par les mots : " aux dispositions de la sous-section 3 du titre XIV du livre Ier du code de procédure civile de Nouvelle-Calédonie " ; 14° A l'article L. 634-3, les mots : " prévu à l'article L. 1221-13 du code du travail " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " ; 15° Les montants exprimés en euros sont applicables en Nouvelle-Calédonie sous réserve de leur contre-valeur en monnaie locale.	**travail » sont remplacés par les mots : « agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement » ;** 13° A l'article L. 634-2 : a) Au premier alinéa, les mots : " tribunal de grande instance " sont remplacés par les mots : " tribunal de première instance " ; b) Au deuxième alinéa, les mots : " aux dispositions des articles 493 à 498 du code de procédure civile " sont remplacés par les mots : " aux dispositions de la sous-section 3 du titre XIV du livre Ier du code de procédure civile de Nouvelle-Calédonie " ; 14° A l'article L. 634-3, les mots : " prévu à l'article L. 1221-13 du code du travail " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " ; 15° Les montants exprimés en euros sont applicables en Nouvelle-Calédonie sous réserve de leur contre-valeur en monnaie locale.
Article L. 647-1 actuel du CSI :	**Article L. 647-1 modifié du CSI :**
Le titre Ier, à l'exception des articles L. 613-10 et L. 613-11, le titre II bis et le titre III sont applicables dans les îles Wallis et Futuna sous réserve des adaptations suivantes : 1° La référence au département est remplacée par la référence aux îles Wallis et Futuna ; 2° La référence au représentant de l'Etat dans le département est remplacée par la référence à l'administrateur supérieur des îles Wallis et Futuna ; 3° Dans les îles Wallis et Futuna, la commission régionale d'agrément et de contrôle est dénommée " commission locale d'agrément et de contrôle " ; 3° bis. A l'article L. 611-1, les mots : " La Poste " sont remplacés par les mots : " le service des postes et des télécommunications de Wallis-et-Futuna " ; 4° Au 2° de l'article L. 612-1 et au 4° de l'article L. 612-7, les mots : " ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ", au 1° de l'article L. 612-7, les mots : " ou d'un des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen ", au deuxième alinéa de l'article L. 612-11, les mots : " ou l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen " et à l'article L. 612-24, les mots : " ou de l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen " sont supprimés ; 4° bis Au premier alinéa de l'article L. 612-2, la référence : "à L. 613-11" est remplacée par la référence : "et L. 613-9" ; 5° Au 5° de l'article L. 612-16, les mots : " du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile " sont remplacés par les mots : " de l'ordonnance n° 2000-371 du 26 avril 2000 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers dans les îles Wallis et Futuna " et les mots : " celles du code du travail " sont remplacés par les mots : " celles relatives au contrat de travail, salaire, conditions de travail, repos et congés, emploi, embauche de la main d'œuvre étrangère, obligations des employeurs, conformément aux dispositions applicables localement " ;	Le titre Ier, à l'exception des articles L. 613-10 et L. 613-11, le titre II bis et le titre III sont applicables dans les îles Wallis et Futuna sous réserve des adaptations suivantes : 1° La référence au département est remplacée par la référence aux îles Wallis et Futuna ; 2° La référence au représentant de l'Etat dans le département est remplacée par la référence à l'administrateur supérieur des îles Wallis et Futuna ; 3° Dans les îles Wallis et Futuna, la commission régionale d'agrément et de contrôle est dénommée " commission locale d'agrément et de contrôle " ; 3° bis. A l'article L. 611-1, les mots : " La Poste " sont remplacés par les mots : " le service des postes et des télécommunications de Wallis-et-Futuna " ; 4° Au 2° de l'article L. 612-1 et au 4° de l'article L. 612-7, les mots : " ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ", au 1° de l'article L. 612-7, les mots : " ou d'un des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen ", au deuxième alinéa de l'article L. 612-11, les mots : " ou l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen " et à l'article L. 612-24, les mots : " ou de l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen " sont supprimés ; 4° bis Au premier alinéa de l'article L. 612-2, la référence : "à L. 613-11" est remplacée par la référence : "et L. 613-9" ; 5° Au 5° de l'article L. 612-16, les mots : " du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile " sont remplacés par les mots : " de l'ordonnance n° 2000-371 du 26 avril 2000 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers dans les îles Wallis et Futuna " et les mots : " celles du code du travail " sont remplacés par les mots : " celles relatives au contrat de travail, salaire, conditions de travail, repos et congés, emploi, embauche de la main d'œuvre étrangère, obligations des employeurs, conformément aux dispositions applicables localement " ;

6° A l'article L. 612-20 : a) Le 4° est ainsi rédigé : " 4° Pour un ressortissant étranger, s'il ne dispose pas d'un titre de séjour lui permettant d'exercer une activité dans les îles Wallis et Futuna et s'il ne dispose pas d'une autorisation de travail prévue par les dispositions applicables localement ; " ; b) Au neuvième alinéa, les mots : " prévues à l'article L. 214-1 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " applicables localement ". 7° A l'article L. 612-21, les mots : " dans les conditions prévues à l'article L. 1234-9 du code du travail " et les mots : " dans les conditions prévues à l'article L. 5421-1 de ce code " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " ; 8° Au deuxième alinéa de l'article L. 613-7, les mots : " des articles L. 214-2 et L. 214-3 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " des dispositions applicables localement " ; 9° L'article L. 614-1 est complété par les mots : " dans sa rédaction applicable dans les îles Wallis et Futuna " ; 10° A l'article L. 611-2, les mots : " prévu aux articles L. 1221-13 et L. 1221-15 du code du travail " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " et les mots : " mentionnés aux articles L. 3171-3, L. 8113-4 et L. 8113-5 du même code " sont remplacés par les mots : " obligatoires aux termes des dispositions applicables localement " ; 11° A l'article L. 617-16, le deuxième alinéa est supprimé ; 12° Au premier alinéa de l'article L. 634-2, les mots : " tribunal de grande instance " sont remplacés par les mots : " tribunal de première instance " ; 13° A l'article L. 634-3, les mots : " prévu à l'article L. 1221-13 du code du travail " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " ; 14° Les montants exprimés en euros sont applicables dans les îles Wallis et Futuna sous réserve de leur contre-valeur en monnaie locale.	6° A l'article L. 612-20 : a) Le 4° est ainsi rédigé : " 4° Pour un ressortissant étranger, s'il ne dispose pas d'un titre de séjour lui permettant d'exercer une activité dans les îles Wallis et Futuna et s'il ne dispose pas d'une autorisation de travail prévue par les dispositions applicables localement ; " ; b) Au neuvième alinéa, les mots : " prévues à l'article L. 214-1 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " applicables localement ". 7° A l'article L. 612-21, les mots : " dans les conditions prévues à l'article L. 1234-9 du code du travail " et les mots : " dans les conditions prévues à l'article L. 5421-1 de ce code " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " ; 8° Au deuxième alinéa de l'article L. 613-7, les mots : " des articles L. 214-2 et L. 214-3 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " des dispositions applicables localement " ; 9° L'article L. 614-1 est complété par les mots : " dans sa rédaction applicable dans les îles Wallis et Futuna " ; 10° A l'article L. 611-2, les mots : " prévu aux articles L. 1221-13 et L. 1221-15 du code du travail " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " et les mots : " mentionnés aux articles L. 3171-3, L. 8113-4 et L. 8113-5 du même code " sont remplacés par les mots : " obligatoires aux termes des dispositions applicables localement " ; 11° A l'article L. 617-16, le deuxième alinéa est supprimé ; **11° bis A l'article L. 634-1-1, les mots : « agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement » ;** 12° Au premier alinéa de l'article L. 634-2, les mots : " tribunal de grande instance " sont remplacés par les mots : " tribunal de première instance " ; 13° A l'article L. 634-3, les mots : " prévu à l'article L. 1221-13 du code du travail " sont remplacés par les mots : " conformément aux dispositions applicables localement " ; 14° Les montants exprimés en euros sont applicables dans les îles Wallis et Futuna sous réserve de leur contre-valeur en monnaie locale.
	Nouvel Article L. 8271-6-3 du code du travail
	Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 peuvent transmettre aux agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure, tous renseignements et tous documents permettant à ces derniers d'assurer le contrôle des personnes exerçant les activités privées de sécurité pour tirer les conséquences d'une situation de travail illégal. **Les agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure**

	peuvent transmettre aux agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du présent code tous renseignements et documents nécessaires à leur mission de lutte contre le travail illégal.
	Nouvel Article L. 313-7 du code du travail applicable à Mayotte
	Les agents de contrôle mentionnés aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du présent code peuvent transmettre aux agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure, tous renseignements et tous documents permettant à ces derniers d'assurer le contrôle des personnes exerçant les activités privées de sécurité pour tirer les conséquences d'une situation de travail illégal. **Les agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure peuvent transmettre aux agents de contrôle mentionnés aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du présent code tous renseignements et documents nécessaires à leur mission de lutte contre le travail illégal.**
Article L. 114-16-1 actuel du CSS	**Article L. 114-16-1 modifié du CSS**
Les agents de l'Etat ou des organismes de protection sociale, mentionnés à l'article L. 114-16-3, sont habilités à s'échanger tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale énumérées à l'article L. 114-16-2, ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment. Les agents des services préfectoraux désignés par arrêté préfectoral sont habilités à transmettre aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3 tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement par ceux-ci de leur mission de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale visées à l'article L. 114-16-2, ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment.	Les agents de l'Etat ou des organismes de protection sociale, mentionnés à l'article L. 114-16-3, sont habilités à s'échanger tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale énumérées à l'article L. 114-16-2, ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment. Les agents des services préfectoraux désignés par arrêté préfectoral sont habilités à transmettre aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3 tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement par ceux-ci de leur mission de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale visées à l'article L. 114-16-2, ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment. **Les agents des services mentionnés à l'article L. 811-2 du code de la sécurité intérieure ou des services désignés par le décret en Conseil d'État prévu à l'article L. 811-4 du même code sont habilités à transmettre aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3 les informations strictement utiles à l'accomplissement de leurs missions, lorsque la transmission de ces informations participe directement à la poursuite l'une des finalités prévues à l'article L. 811-3 du code de la sécurité intérieure.**

ANNEXE – Avis des différents conseils consultés

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.

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.

Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés ci-dessous.

1. ACOSS

Le conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale a émis un avis majoritairement défavorable sur le PLFSS pour 2016.

Avis défavorable : 19 voix (CGT, FO, CGPME, MEDEF, UPA, CNPL/UNAPL)

Avis favorable : (CFDT, Mme Berge-Suet, personne qualifiée)

Prise d'acte : 4 voix (CFE-CGC, M. Besnard et Mme Barbara, personnes qualifiées)

La délégation CFTC s'est abstenue.

2. CNAF

Le conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales a émis un avis majoritairement défavorable sur le PLFSS pour 2016.

Avis favorable : 10 voix (3 CFDT, 2 CFTC, 5 UNAF)

Avis défavorable : 19 voix (3 CGT, 3 CGT/FO, 3 UPA, 3 CGPME, 6 MEDEF, 1 CNPL/UNAPL)

Prise d'acte : 4 voix (2 CFE/CGC, 2 personnes qualifiées)

3. CNAVTS

Le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés a émis un avis majoritairement défavorable sur le PLFSS pour 2016.

Avis favorable : 6 voix (3 CFDT, 2 CFTC, M. Berder, personne qualifiée)

Avis défavorable : 21 voix (3 CGT, 3 CGT-FO, 2 CFE-CGC, 7 MEDEF, 3 CGPME, et 3 UPA)

Prise d'acte : 1 voix (M. Corona, personne qualifiée)

Abstention : 1 voix (M. Aubry, personne qualifiée)

4. CNAMTS

Le conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a émis un avis majoritairement défavorable sur le PLFSS pour 2016.

Avis favorable : 5 voix (CFDT, UNAF, et Mme Morel, personnalité qualifiée)

Avis défavorable : 27 voix (CGT, CGT-FO, CFTC, MEDEF, CGPME, UPA, FNMF, FNATH, UNAPL et M. Joliclerc, personnalité qualifiée)

Prise d'acte : 1 voix (CFE-CGC)

5. CAT-MP

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles du régime général a émis un avis majoritairement défavorable sur le PLFSS pour 2016 :

Avis favorable : 2 voix (CFDT et CFTC)

Avis défavorable : 7 voix (CGT, CGT-FO, MEDEF, CGPME et UPA)

Prise d'acte : 1 voix (CFE-CGC)

6. CCMSA

L'avis circonstancié du conseil central d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sur le PLFSS pour 2016 est joint à cette annexe.

7. RSI

L'avis circonstancié du Conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants sur le PLFSS pour 2016 est joint à cette annexe.

8. UNOCAM

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire a émis à l'unanimité un avis défavorable sur le PLFSS pour 2016. La délibération est jointe à cette annexe

9. UNCAM

Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie s'est prononcé par 9 voix défavorables, 5 voix favorables et une prise d'acte. La CCMSA, ayant émis un avis motivé à l'unanimité, n'a pas pris part au vote sur le PLFSS 2016.

Détail par collège :

Collège du régime général : 9 voix défavorables (CGT, CGT-FO, CFTC, MEDEF, CGPME et UPA), 2 voix favorables (CFDT) et une prise d'acte.

Collège du RSI : 3 avis favorables.

santé
famille
retraite
services

EXTRAIT DU RELEVE DE DELIBERATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE DU 1er OCTOBRE 2015

■ Avis relatif au projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2016

Vu la saisine du 24 septembre 2015 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016,

Le Conseil d'Administration de la Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole :

Concernant l'équilibre général du budget de la sécurité sociale,

- constate avec satisfaction la réduction des déficits en 2015 et la poursuite du redressement en 2016.

Concernant les dispositions impactant les domaines affiliation et cotisations,

- fait part de sa satisfaction concernant la suppression de la cotisation minimale Amexa, l'étalement social des revenus exceptionnels, le relèvement du plafond de l'à-valoir, la faculté pour le repreneur de l'exploitation familiale suite au décès de son conjoint de demander l'application de l'assiette forfaitaire de Nouvel Installé ;

- prend acte de la suppression des exonérations zonées ; de l'extension en faveur des employeurs du taux réduit de la cotisation AF aux rémunérations comprises entre 1,6 SMIC et 3,5 SMIC, tout en regrettant que cette mesure ne puisse entrer en vigueur dès le 1er janvier 2016 ;

- prend acte de la mesure permettant aux URSSAF de proportionner les redressements opérés dans le cadre d'un contrôle à la gravité du manquement et demande sa transposition au régime agricole.

Concernant la mise en place d'une protection universelle maladie,

- se félicite que la pluralité des organismes d'assurance maladie et leur capacité à assurer la gestion des prestations maladie-maternité ne soient pas remises en cause et rappelle la nécessité de prévoir dans le décret relatif aux polyactifs des dispositions spécifiques pour les travailleurs saisonniers exerçant des activités les faisant relever actuellement de régimes de protection sociale successifs ;

- regrette qu'aucune mesure de revalorisation des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles n'ait été prévue.

Concernant l'accès à la complémentaire santé,

- émet un avis favorable sur les mesures de soutien à l'accès à la couverture complémentaire santé des personnes âgées de plus de 65 ans, qui concourent à réduire le coût de leurs primes d'assurance complémentaire santé. Toutefois, la deuxième mesure de crédit d'impôt ne bénéficiera pas aux personnes non redevables de l'impôt sur le revenu, sauf à ce que le crédit d'impôt puisse être restituable ;

- émet des réserves concernant la procédure de sélection des offres d'assurance complémentaire santé, qui intervient après celle de l'ACS et conduit à encadrer fortement le marché dans la mesure où tous les organismes complémentaires ne sont pas retenus, au risque de fausser le jeu de la concurrence. Il s'interroge sur l'opportunité qu'il y aurait à définir une ou plusieurs offres avec un prix fixe, que l'ensemble des assureurs pourraient se mettre en situation de commercialiser ;

- émet un avis favorable sur la garantie d'accès des salariés précaires à la complémentaire santé, sous réserve que les modalités d'application soient les plus simples possibles. En outre, le Conseil souhaite attirer l'attention sur la nécessité d'une bonne information des salariés permettant la comparaison de l'aide de l'employeur et de l'ACS.

  Il s'interroge sur la pertinence du non cumul de l'aide par l'employeur avec d'autres mesures, telles que l'ACS.

Concernant la promotion de la prévention et les parcours de prise en charge coordonnée,

- émet un avis favorable sur l'amélioration de l'accès aux soins ophtalmologiques, compte tenu des besoins des ressortissants agricoles étudiés dans le rapport « charges et produits » de la MSA ;

- émet un avis favorable sur les mesures destinées à prévenir l'obésité par un meilleur accompagnement des enfants en risque et souhaite participer activement à cette expérimentation qui vient compléter le programme de prise en charge nutritionnelle à destination des jeunes et de la petite enfance développé par la MSA.

Concernant la branche famille,

- se satisfait de la généralisation de la Garantie des impayés de pensions alimentaires (GIPA), au regard des résultats très positifs de l'expérimentation conduite par des Caf et des MSA sur 20 départements.

Concernant les mesures communes aux différentes branches,

- regrette que le transfert de déficit cumulé à la CADES, épuisant le droit de tirage instauré par la LFSS 2011 n'intègre pas les déficits du régime de retraite des non-salariés agricoles, alors même que la CADES bénéficie des contributions des assurés agricoles et que la Cour des comptes incitait en 2013 à réaliser ce transfert ;

- est favorable à une disposition qui donne un cadre juridique aux mutualisations d'activité entre caisses locales voire entre régimes de sécurité sociale. Il demande toutefois que les conseils d'administration soient systématiquement associés à la décision et notamment que les mutualisations inter-régimes qui concerneraient la MSA ne puissent être engagées sans l'accord préalable du conseil d'administration de la caisse centrale ;

- émet un avis favorable sur l'amélioration des transmissions d'informations en matière de lutte contre la fraude et sur la mutualisation de la réalisation d'enquêtes entre les régimes.

RSI Régime Social des Indépendants
Caisse nationale

Le Cabinet de la Présidence

Monsieur Thomas FATOME
Directeur de la sécurité sociale
Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
14 avenue Duquesne
75350 Paris Cedex 07

La Plaine Saint-Denis, le 30 septembre 2015

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de trouver ci-dessous un extrait du relevé des délibérations du Conseil d'administration de la Caisse nationale du RSI réuni le 29 septembre 2015.

.....

IV. PROJETS DE TEXTES

1) Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

Le Conseil d'administration de la Caisse nationale du RSI s'est prononcé comme suit sur le PLFSS pour 2016 :

- **32 voix se sont exprimées en faveur des dispositions du projet de loi sous réserve de la suppression de l'article 11 prévoyant la délégation aux URSSAF des missions relatives au calcul, à l'appel et au recouvrement amiable et contentieux des cotisations d'assurance maladie maternité des professions libérales ; avis assorti des observations techniques des services figurant en annexe 2 ;**

- **4 administrateurs se sont abstenus, et 14 voix se sont exprimées contre l'ensemble du projet de loi.**

Le Conseil note avec satisfaction que le Gouvernement a retenu et annoncé dans le cadre de ce projet de loi les propositions suivantes portées par le Régime :

- En matière d'uniformisation du barème de cotisations :
La suppression de la cotisation minimale maladie et le relèvement de la cotisation minimale vieillesse permettant la validation d'au moins trois trimestres retraite constituent une vraie avancée, longtemps attendue, dans la protection sociale des travailleurs indépendants.
Le Régime souhaite que la réforme du barème, principalement d'ordre réglementaire, puisse complètement aboutir dès début 2016. Elle est une étape essentielle pour faciliter la compréhension et l'acceptabilité du prélèvement social par les travailleurs indépendants.

- En matière d'indemnités journalières (IJ) :
Deux mesures importantes pour les travailleurs indépendants ont été annoncées par Madame TOURAINE devant la Commission des Comptes de la sécurité sociale :

  . L'abaissement du délai de carence de 7 à 3 jours pour les arrêts de travail de plus de 7 jours ;
  . La mise en œuvre d'un temps partiel thérapeutique à l'image de celui des salariés.

  Le RSI souhaite souligner la nécessité de donner rapidement accès aux IJ aux travailleurs indépendants poly-actifs ne relevant du RSI, et rappelle qu'il porte un train de mesures sur ces prestations en pointant la proposition de cristallisation du montant de l'IJ.

Il exprime sa ferme opposition à la disposition prévue à l'article 11 et demande la suppression de celui-ci.

1

Il exprime également sa <u>ferme opposition</u> à la disposition prévue à l'article 18 :

La demande de maintien d'une disposition législative introduite dans le cadre de la LFSSR 2014 qui stipule que le dispositif comptable qui permet de retracer dans les comptes de la CNAMTS et de la CNAVTS les charges et produits des régimes de base du RSI ne peut porter atteinte aux droits consacrés du RSI de gérer ces régimes de base et les régimes complémentaires.

Il a <u>plusieurs points d'attention</u> sur les mesures présentées par le Régime dans le cadre de la préparation du PLFSS (CA du 7 juillet 2016) pour une grande partie reprises par la Mission parlementaire VERDIER / BULTEAU et qui n'ont pas encore à ce jour trouvé leur concrétisation dans le présent PLFSS et dans le cadre de textes réglementaires. :

- Accès du personnel du RSI aux données d'assurance maladie de travailleurs indépendants couverts en maladie par un autre régime pour permettre de mettre en œuvre l'offre de service du régime (prévention, action sanitaire et sociale, accompagnement) auprès des travailleurs indépendants relevant d'autres régimes maladie, et leur délivrer des indemnités journalières pour leur activité indépendante. (niveau législatif, repris par la Mission parlementaire) ;

- Evolution des règles de calcul des pensions de retraite des Artisans et des Commerçants pour les adapter à leur fin d'activité et suppression de la régularisation après la cessation d'activité. (niveau réglementaire et législatif) ;

- Validation de trimestres maladie et accouchement (niveau réglementaire, repris par la Mission parlementaire) ;

- Confier à l'administration fiscale le recouvrement de la Contribution à la formation professionnelle. (niveau législatif ; repris par la Mission parlementaire) ;

- Evolution des cotisations dans les DOM (niveau législatif) ;

- Réserver le statut de conjoint collaborateur au régime réel (niveau législatif) ;

- Suppression de la proratisation des seuils de chiffres d'affaire pour les auto-entrepreneurs en 1ère année d'activité (niveau législatif ; porté par la Mission parlementaire).

A l'occasion de l'examen de l'article 20, le Conseil a souligné l'importance qu'il y aurait à relever les plafonds de revenus pour l'aide à la complémentaire santé.

2) **<u>Projet de décret relatif à la fusion de caisses de base du régime social des indépendants et portant diverses modifications de règles relatives à la gouvernance</u>**

Le Conseil d'administration a émis, par 30 voix pour, 18 contre et 4 abstentions, un avis favorable au projet de décret.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma haute considération.

Le Président

Gérard QUEVILLON

UNOCAM
UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

Délibération n° CONS. – 18 – 30 septembre 2015 – Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

L'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale dispose que l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) « *rend un avis public et motivé sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale* ».

L'UNOCAM a été saisie du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016 par un courrier daté du 24 septembre 2015, notifié par voie électronique le 25 septembre 2015.

Réuni le 30 septembre 2015, le Conseil de l'UNOCAM a adopté le présent avis qui porte d'une part sur l'économie générale du PLFSS pour 2016 et d'autre part sur les dispositions du projet de loi de financement relatives à l'assurance maladie complémentaire.

*

1. Economie générale du PLFSS pour 2016

L'UNOCAM ne se prononce pas sur les hypothèses économiques retenues pour la construction du PLFSS pour 2016 (croissance du produit intérieur brut de 1,5%, progression de la masse salariale privée de 2,8% et inflation hors tabac de 1%), qui sont de la seule responsabilité des pouvoirs publics.

1.1. Déficits

Le PLFSS pour 2016 prévoit de porter le déficit de la Sécurité sociale (régime général et Fonds de solidarité vieillesse - FSV -) à -9,7 milliards d'euros en 2016.

Le déficit de la branche maladie (régime général) devrait être de -7,5 milliards d'euros à la fin de 2015, soit 1 milliard d'euros de plus qu'en 2014. Le PLFSS l'évalue à -6,2 milliards d'euros à la fin 2016, après mesures correctives.

Les déficits sociaux enregistrent une baisse. Toutefois, les comptes sociaux sont encore loin d'un retour à l'équilibre. L'UNOCAM est préoccupée par la persistance du besoin de financement des organismes de Sécurité sociale à un niveau qui est très significatif. Cette situation fragilise à terme les dispositifs de solidarité.

UNOCAM
120 BOULEVARD RASPAIL - 75006 PARIS
TEL. : 01.42.84.95.00
FAX : 01.45.48.91.01

Le PLFSS pour 2016 prévoit de réaliser 3,4 milliards d'euros d'économies dans la branche maladie, qui se décomposent comme suit : 1,2 milliard d'euros sur *« la pertinence et le bon usage des soins »*, 1 milliard d'euros sur *« les produits de santé et la promotion des génériques »*, 0,7 milliard d'euros sur *« l'efficacité de la dépense hospitalière »* et 0,5 milliard d'euros attendus du *« virage ambulatoire et de l'adéquation de la prise en charge en établissement »*. S'agissant des économies sur les produits de santé, l'UNOCAM rappelle qu'elle a signé la *« charte d'adhésion aux objectifs du plan national de promotion des médicaments génériques »* le 24 mars 2015.

Sans juger de la pertinence des mesures citées et de leurs objectifs quantifiés (faute d'éléments venant les étayer dans l'exposé des motifs du PLFSS pour 2016), l'UNOCAM est favorable à la recherche de gains d'efficience. Il en va de l'amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité, qui est la priorité. Il en va également de la maîtrise des charges supportées par les ménages et par les entreprises, dans un contexte de grandes tensions sur le pouvoir d'achat et de nécessaire renforcement de la compétitivité de l'économie.

A cet égard, le PLFSS pour 2016 poursuit la mise en œuvre des mesures prévues dans le *« pacte de responsabilité et de solidarité »*, présenté dans le *« programme de stabilité pour 2014-2017 »* qui a été adopté par l'Assemblée nationale le 29 avril 2014. Le projet de loi de financement étend la baisse des cotisations familiales aux salaires allant de 1,6 à 3,5 salaires minimums interprofessionnels de croissance (SMIC) ; cette extension est toutefois reportée au 1er avril 2016. Il prévoit la hausse de l'abattement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

1.2. Dépenses de la branche maladie

En 2016, les dépenses dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sont fixées à hauteur de 185,2 milliards d'euros, soit 3,3 milliards d'euros de dépenses supplémentaires par rapport à 2015.

Le taux d'évolution de l'ONDAM passe de 2,1% en 2015 à 1,75% en 2016, soit une baisse apparente de 0,35 point. Cet objectif est conforme au *« programme de stabilité pour 2014-2017 »* qui fixe l'ONDAM à 2% en moyenne sur la période 2015-2017.

Le taux de l'ONDAM est de 1,9% pour les établissements et services médico-sociaux, 1,75% pour les établissements de santé, 1,7% pour les soins de ville (en tenant compte de l'alignement des cotisations des praticiens auxiliaires médicaux conventionnés - PAMC -), 1% pour le Fonds d'intervention régional (FIR) et de 4,6% pour les autres prises en charge.

Dans les mesures du PLFSS pour 2016, l'UNOCAM approuve la volonté des pouvoirs publics de renforcer la permanence des soins ambulatoires (article 43).

L'UNOCAM prend connaissance de deux mesures visant à développer l'offre de soins visuels sans dépassement d'honoraires (article 41). Compte tenu des

responsabilités de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la santé visuelle, l'UNOCAM souhaite être consultée sur ces projets en amont de leur élaboration et n'être pas seulement saisie pour avis en aval de celle-ci.

L'UNOCAM regrette que les pouvoirs publics reportent de nouveau la réforme du mode de tarification des séjours hospitaliers (article 47).

L'UNOCAM note la volonté des pouvoirs publics de simplifier les démarches administratives par la mise en place d'un régime de protection universelle maladie ainsi que par l'individualisation et l'autonomisation de la gestion des droits (articles 11 et 38).

S'agissant de l'article 11, l'UNOCAM s'oppose au transfert du recouvrement des cotisations d'assurance maladie-maternité des professions libérales aux Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales (URSSAF). Cela ne constitue ni une réelle simplification ni une réelle réponse aux difficultés constatées dans le fonctionnement du Régime social des indépendants (RSI).

Les organismes complémentaires d'assurance maladie sont des acteurs du système de protection sociale, non seulement en tant qu'opérateurs de l'assurance maladie complémentaire, mais aussi comme gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire. L'article 38 propose de modifier par voie réglementaire les conditions de leur délégation de gestion, voire d'habilitation. Déplorant une absence de concertation préalable, l'UNOCAM ne comprend pas qu'une modification de telle ampleur puisse être présentée comme une simple mesure d'ordre technique. L'UNOCAM s'étonne *a fortiori* que la procédure envisagée conduise à dessaisir le Parlement de ses prérogatives. L'UNOCAM est donc opposée au dispositif prévu par l'article 38.

Par ailleurs, l'UNOCAM signale que l'ouverture des droits sur un critère de résidence et la suppression progressive du statut d'ayant droit majeur posent des difficultés d'articulation avec les dispositions des articles L. 325-1 et L. 242-13 du code de la sécurité sociale, relatives à l'affiliation et aux cotisations au Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle. De façon générale, les conséquences potentielles, au plan opérationnel, pour l'ensemble des organismes complémentaires d'assurance maladie restent à analyser.

1.3. Recettes

Le projet de loi de finances (PLF) et le PLFSS pour 2016 mettent en œuvre la compensation, de l'Etat à la Sécurité sociale, des 5,3 milliards d'euros des différentes mesures du *« pacte de responsabilité et de solidarité »* et des autres mesures en faveur des entreprises.

A cet égard, l'UNOCAM s'étonne que, dans son annexe B, le PLFSS pour 2016 prévoie un transfert comptable de cotisations de 0,05 point de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) vers la branche de l'assurance maladie du régime général en 2016 puis 2017, pour un montant de 500 millions d'euros au total.

2. Dispositions du PLFSS pour 2016 relatives à l'assurance maladie complémentaire

Cette année, l'UNOCAM constate à nouveau que le PLFSS, loin de combler le besoin de financement de l'assurance maladie obligatoire, s'attache à administrer davantage l'activité de l'assurance maladie complémentaire, dans une indifférence manifeste aux conditions économiques dans lesquelles cette activité s'exerce.

Par principe, l'UNOCAM n'est pas favorable à la multiplication de mesures catégorielles segmentant par population l'offre d'assurance complémentaire santé. En premier lieu, rien n'établit *a priori* que la sélection de contrats sur des niveaux de garanties et de cotisations intègre une contrainte de soutenabilité économique de long terme. En second lieu, la segmentation des offres limite la mutualisation des risques qui est l'activité-même des organismes complémentaires d'assurance maladie. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'UNOCAM a rendu, en date du 3 octobre 2013, un avis défavorable sur le PLFSS pour 2014. Celui-ci prévoyait l'instauration d'une procédure de mise en concurrence afin de sélectionner des contrats sur des critères de qualité et de prix pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) (article L. 863-6 du code de la sécurité sociale).

Par leur multiplication, ces mesures catégorielles deviennent vraiment illisibles pour la population, ce qui peut provoquer de nouveaux cas de non recours aux droits et de rupture de droits.

L'UNOCAM estime que l'accumulation de telles mesures risque de contribuer à gravement déséquilibrer l'activité des organismes complémentaires d'assurance maladie.

2.1. Couverture des plus de 65 ans et des salariés précaires par l'assurance maladie complémentaire

Après la redéfinition du cahier des charges des contrats responsables, la sélection de trois niveaux de contrats pour les bénéficiaires de l'ACS et l'obligation de couverture minimale pour l'ensemble des salariés du secteur privé au plus tard le 1er janvier 2016, le PLFSS pour 2016 introduit de nouvelles mesures pour les plus de 65 ans et certaines catégories de salariés et anciens salariés.

2.1.1. Plus de 65 ans

Les pouvoirs publics entendent faciliter l'accès des plus de 65 ans résidant en France à l'assurance complémentaire santé. Le PLFSS pour 2016 prévoit ainsi la sélection d'offres d'assurance complémentaire santé par une mise en concurrence fondée sur un rapport qualité/prix (article 20).

Le respect du cahier des charges de cette mise en concurrence pourrait emporter, dans des conditions qui restent à clarifier, une réduction de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), prévue à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dont le montant annuel serait fixé à 2% des primes acquittées. Cette mesure ne saurait pallier les effets de la hausse de la fiscalité sur les contrats d'assurance maladie complémentaire intervenue ces dernières années. De façon générale, l'accès à

l'assurance maladie complémentaire est rendu d'autant plus difficile, notamment pour les plus de 65 ans, que cette hausse de la fiscalité pèse sur le coût des cotisations.

Un décret doit être pris pour l'application de cette mesure aux contrats prenant effet à compter du 1er avril 2017.

Pour l'UNOCAM, la généralisation de l'assurance complémentaire santé ne saurait être réalisée par la juxtaposition de dispositifs catégoriels.

Aussi l'UNOCAM est-elle opposée à la mesure prévue par le PLFSS pour 2016.

2.1.2. Anciens salariés

Dans le dossier de presse du PLFSS pour 2016, les pouvoirs publics indiquent vouloir encadrer davantage l'évolution des cotisations des anciens salariés, en modifiant le décret pris pour l'application de la loi dite « *Evin* ».

La loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (publiée au Journal Officiel du 2 janvier 1990) pose le principe d'un maintien possible de la couverture complémentaire santé pour les anciens salariés. Elle dispose que les contrats collectifs d'assurance complémentaire santé des salariés actifs doivent prévoir les modalités et les conditions tarifaires des contrats individuels souscrits par les anciens salariés. Elle précise que les cotisations versées par les anciens salariés peuvent être supérieures aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

Selon l'article 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi « *Evin* » (publié au Journal Officiel du 1er septembre 1990), ces cotisations ne peuvent pas être supérieures de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Le dossier de presse du PLFSS pour 2016 prévoit que ce plafond de 50% ne puisse être atteint désormais que trois à cinq ans après la sortie de l'entreprise. Ce dispositif doit bénéficier également aux anciens salariés demandeurs d'emploi. Un décret doit être pris pour l'application de cette mesure.

2.1.3. Salariés précaires

Le PLFSS pour 2016 prévoit que les employeurs versent une aide individuelle aux salariés en contrat à durée déterminée (CDD) de courte durée, qui travaillent simultanément dans plusieurs entreprises en réalisant une faible quotité horaire dans chacune d'entre-elles, ou qui travaillent à temps très partiel (article 21).

Cette aide doit être établie par référence au montant versé par les employeurs pour la couverture de leurs autres salariés, en tenant compte de la durée travaillée par chaque bénéficiaire. Elle bénéficierait du même régime social que la participation des employeurs au financement des contrats collectifs obligatoires.

Cette aide doit être versée aux salariés précaires pour souscrire un contrat individuel si ceux-ci en font la demande (les possibilités de dispense de souscription du contrat collectif ouvertes aux salariés doivent être simplifiées en conséquence) ou si un accord de branche ou d'entreprise le prévoit (quand la durée du CDD ou la quotité de travail est inférieure à un seuil).

La situation des salariés précaires au regard de l'accès à l'assurance complémentaire santé appelle une réponse. L'UNOCAM prend acte de la mesure dont les principes sont aujourd'hui exposés. Les membres de l'UNOCAM seront particulièrement vigilants quant à la définition, par voie réglementaire, des modalités d'application de cette disposition.

2.2. Prorogation d'un financement de l'assurance maladie obligatoire par l'assurance maladie complémentaire

Le PLFSS pour 2016 prévoit de proroger d'un an le financement de l'assurance maladie obligatoire par l'assurance maladie complémentaire, pour un montant de 150 millions d'euros (article 22).

Ce prélèvement était prévu par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 au titre des exercices 2013, 2014 et 2015. Les pouvoirs publics avaient alors dévoyé l'engagement pris par l'UNOCAM lors de la signature de l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux, conclu le 25 octobre 2012 (publié au Journal Officiel du 7 décembre 2012), en transformant la contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du *« forfait médecin traitant »* (FMT) en un dispositif parafiscal, opaque pour les adhérents et assurés comme pour les praticiens. Cette mesure avait conduit l'UNOCAM, en date du 3 octobre 2013, à rendre un avis défavorable sur le PLFSS pour 2014, puis à se retirer des négociations conventionnelles.

L'UNOCAM regrette l'absence d'évaluation de ce dispositif au service des assurés sociaux. Elle note la volonté des pouvoirs publics de limiter cette disposition à la durée de l'actuelle convention nationale des médecins libéraux. L'UNOCAM s'oppose à la prolongation de cette mesure par le législateur au-delà de cette échéance.

*

L'UNOCAM désapprouve la précipitation des pouvoirs publics. Elle dénonce une fois de plus leur absence de concertation préalable avec les représentants de l'assurance maladie complémentaire.

L'UNOCAM rend un avis défavorable sur le PLFSS pour 2016.

Délibération adoptée à l'unanimité

Date de génération
6 octobre 2015