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

PLFSS 2017

SOMMAIRE

PLFSS 2017 - Annexe 10

ARTICLE 3 – Disposition fixant la dotation au FMESPP et la contribution de la branche ATMP au départ en retraite anticipée pour pénibilité 6

ARTICLE 6 – Harmonisation des conditions de revenus applicables au bénéfice des exonérations et exemptions de cotisations sociales 13

ARTICLE 7 – Réforme des dispositifs d'exonérations spécifiques et harmonisation des règles de recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants en outre-mer 23

ARTICLE 8 – Réduction du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité des travailleurs indépendants à faibles revenus 34

ARTICLE 9 – Réforme du recouvrement des cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants 40

ARTICLE 10 – Clarification et simplification du droit social applicable à l'économie numérique 63

ARTICLE 11 – Modification de la période d'imposition de la taxe sur les véhicules de sociétés 72

ARTICLE 12 - Clarifier le rôle et les responsabilités des tiers-déclarants en matière sociale 80

ARTICLE 13 – Amélioration des outils de contrôle des cotisations et contributions sociales 89

ARTICLE 14- Amélioration de l'effectivité des outils de recouvrement des cotisations en cas de détection de situations de travail illégal et clarification des délais de prescription applicables en matière de recouvrement 100

ARTICLE 15 – Création d'une pénalité à défaut de production, lors d'un contrôle et pour chaque travailleur relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État que la France, d'un formulaire attestant de leur situation 124

ARTICLE 16 – Création d'une contribution sociale à la charge des fournisseurs de tabac 128

ARTICLE 17– Augmentation des droits de consommation applicables au tabac à rouler 133

ARTICLE 18 – Régulation macro-économique des dépenses de médicaments 138

ARTICLE 19 – Participation des organismes complémentaires au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte 150

ARTICLE 20 – Transferts de recettes entre branches et régimes de la sécurité sociale 154

ARTICLE 27 – Amélioration du service rendu par les caisses d'allocations familiales pour le recouvrement des créances alimentaires impayées 189

ARTICLE 28 - Simplifier le bénéfice des aides aux particuliers employeurs pour la garde d'enfants 205

ARTICLE 30 – Extension de la retraite progressive aux salariés ayant plusieurs employeurs 219

ARTICLE 31 – Sécurisation de la prise en compte des périodes d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social dans les pensions de retraite versées par la CNRACL 224

ARTICLE 32 - Suppression de la clause de stage dans le régime de retraite de base des avocats Présentation de la mesure 229

ARTICLE 33 - Amélioration et simplification de la couverture vieillesse des indépendants 234

ARTICLE 34 - Extension aux pensions des régimes spéciaux liquidées avant 1999 du bénéfice de la campagne double pour les anciens combattants d'Afrique du Nord 261

ARTICLE 36 – Dispositions relatives aux dotations de la branche des accidents du travail 267

ARTICLE 38 – Dispositif dérogatoire en faveur des victimes d'actes de terrorisme 273

ARTICLE 39 – Continuité des droits à la prise en charge des frais de santé et au service des prestations en espèces en cas de changement de situation professionnelle 283

ARTICLE 40 – Expérimentation portant sur la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans 291

ARTICLE 41 – Extension des missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD)..... 296

ARTICLE 42 – Création d'un fonds national de la démocratie sanitaire..... 301

ARTICLE 43– Création d'un avantage financier durant le congé maternité/paternité des médecins conventionnés secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins 310

ARTICLE 44 - Rénovation du modèle de financement des établissements de santé..... 320

ARTICLE 45 - Soins de suite et de réadaptation : intégration dans la réforme « hôpitaux de proximité » et adaptation du modèle de financement..... 339

ARTICLE 46 - Accompagnement des réformes de la tarification dans le secteur médico-social..... 353

ARTICLE 47 : Prorogation et élargissement du cadre des expérimentations de télémédecine..... 367

ARTICLE 48– Prolongation des expérimentations « article 70 » relatives au parcours de soins des personnes âgées..... 374

ARTICLE 49 – Création d'un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique..... 380

ARTICLE 50 - Modification des conditions de prescription des médicaments biologiques 392

ARTICLE 51 - Modification des conditions de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou dans le régime du « post-ATU » 397

ARTICLE 52 – Faire évoluer les critères de fixation et de modification des prix et tarifs des produits de santé 410

ARTICLE 53 – Fixation du montant de la participation au titre de l'exercice 2017 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP et de l'ONIAM ; contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs 423

ARTICLE 57 - Evolution des missions de la MSA 429

ARTICLE 58 – Pénalité pour les tiers responsables et recouvrement sur actif successoral..... 433

ARTICLE 59 - Elargissement du périmètre des échanges d'informations 441

ARTICLE 60 – Mesures visant à limiter les indus pour l'assurance maladie..... 449

ANNEXE : Avis des différents conseils consultés..... 455

ARTICLE 3 – Disposition fixant la dotation au FMESPP et la contribution de la branche ATMP au départ en retraite anticipée pour pénibilité

I. Présentation de la mesure

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

a) S'agissant de la dotation FMESPP

En application des dispositions du 3° du I de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, les crédits déchus au titre de l'année 2016, à savoir 25 M€, doivent être déduits du montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP pour l'année 2016.

De plus, les contraintes qui pèsent sur l'ONDAM 2016 supposent également un effort d'économies supplémentaires global auquel le FMESPP participe à hauteur de 20 M€.

Enfin, les concours du FEH (50 M€ supplémentaires) et de l'ANFH (150 M€) prévus aux II et III du présent article doivent être déduits du montant de la participation des régimes d'assurance maladie.

Une fois ces déductions effectuées, le nouveau montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP au titre de 2016, soit 62 M€, doit faire l'objet d'une inscription en partie rectificative de la LFSS pour 2016.

b) S'agissant de la mobilisation des excédents du FEH

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 près de 166 M€ fin 2015.

Dans un contexte budgétaire extrêmement contraint, marqué par un faible niveau du taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier, le maintien de réserves d'un niveau conséquent au sein du FEH n'est pas opportun. Un transfert de 40 M€ a déjà été initié en 2016 du FEH au profit du FMESPP, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2016 (article 25).

c) S'agissant de la mobilisation des excédents de l'ANFH

Créée en 1974, l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) est une association paritaire devenue organisme paritaire collecteur agréé de la fonction publique hospitalière en 2007. Elle assure la gestion et la mutualisation des fonds versés au titre de la formation continue par l'ensemble des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux publics adhérents. Ce fonds est financé par diverses contributions à la charge des employeurs hospitaliers. L'analyse de la situation financière de l'ANFH fait état d'une situation structurellement excédentaire : entre 1998 et 2014, les excédents cumulés ont représenté 438,7 M€ soit 4% des cotisations annuelles de la période. Les fonds propres de l'ANFH ont ainsi progressé de 100% entre 2005 (166 M€) et 2015 (364 M€) : ceux-ci sont composés de réserves constituées sur les exercices précédents (325,5 M€) et d'un fonds d'investissement qui n'a pas été ponctionné compte tenu de la capacité d'autofinancement dégagée sur chaque exercice (38,5 M€).

Dans le contexte budgétaire évoqué *supra*, le maintien de réserves d'un niveau conséquent au sein de l'ANFH n'est pas opportun et doit être mobilisé afin de desserrer la contrainte.

d) S'agissant de la contribution au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité

Le montant de la contribution de la branche AT-MP du régime général à la branche retraite est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale[1]. Cette contribution a été fixée à 35 M€ pour 2011 puis à 110 M€ pour 2012, avant d'être réduite à zéro à partir de l'année 2013, en raison de ressources suffisantes de la CNAV et de départs anticipés moins nombreux que prévus.

Le besoin de 44,7 millions d'euros pour l'année 2016 intègre des frais de gestion évalués à 0,7 millions d'euros.

[1] Article L. 242-5 de ce même code de la sécurité sociale, cinquième alinéa.

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

a) Mesure proposée en ce qui concerne la mobilisation des excédents du FEH

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2016 a permis de transférer 40 M€ des excédents du FEH au sein du FMESPP[1]. La présente mesure vise à majorer le niveau de ce transfert au titre de l'année 2016. En effet, les dernières prévisions financières (à fin 2015) de la caisse des dépôts, en charge de la gestion du fonds, estiment à 187 M€ le niveau de réserves fin 2016. Il est donc possible de porter à 90 M€ (contre 40 M€ initialement) le transfert opéré en 2016 tout en garantissant le maintien d'un niveau de réserves bien supérieur au niveau d'un fonds de roulement prudentiel.

b) Mesure proposée en ce qui concerne la mobilisation des excédents de l'ANFH

La mesure vise également à introduire au bénéfice du FMESPP une contribution exceptionnelle de 150 M€ à la charge de l'ANFH pour 2016.

Au regard du niveau de fonds propres constaté fin 2015, des excédents annuels moyens constatés au cours des derniers exercices (plus de 30 M€ en 2014 et 2015), et du besoin en fonds de roulement négatif de l'ANFH (les adhérents payant rapidement au regard des délais de mise en place des formations), l'ANFH disposerait ainsi au minimum de 214 M€ de fonds propres à l'issue du transfert au titre de l'année 2016. A ce montant, viendront s'ajouter les excédents à venir pour l'exercice 2016 : l'ANFH dégage en effet chaque année un excédent structurel (qui s'est élevé à 27 M€ en moyenne lors des quatre derniers exercices).

Il donc possible d'opérer ce transfert au profit du FMESPP sans obérer la capacité de l'ANFH à mener à bien ses missions.

c) Mesure proposée en ce qui concerne le FMESPP

La mesure rectifie à la baisse, à hauteur de 245 M€, la dotation des régimes d'assurance maladie obligatoire au FMESPP pour l'année 2016 : 200 millions du fait de l'abondement depuis l'ANFH et le FEH, 25 millions du fait des crédits déchus, et 20 millions du fait des disponibilités au FMESPP. La dotation rectifiée s'élève à 62 M€ au lieu de 307 M€ initialement voté dans la LFSS pour 2016.

d) Mesure proposée en ce qui concerne la contribution au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité

Il est proposé de fixer à 44,7 M€ le montant de la contribution de la branche AT-MP à la CNAV pour l'année 2016 au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité.

e) Autres options possibles

Le statu quo n'est pas de nature à répondre aux problématiques évoquées ci-dessus.

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

La mesure relative au FMESPP 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.

En ce qui concerne la mesure relative à la contribution pénibilité, l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale prévoit, en son cinquième alinéa, que le montant de la contribution versée par la branche des ATMP à la branche retraite est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Les mesures relatives à la mobilisation des excédents de la FEH et de l'ANFH relèvent du champ des dispositions du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. Elles conduisent en effet à minorer de 200 M€ la participation des régimes d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2016 et ont donc un impact direct sur les dépenses d'assurance maladie au titre de l'année 2016.

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

II. Consultations 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 s'appliquant spécifiquement à ce sujet. La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

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

Mesure proposée en ce qui concerne le FMESPP et la mobilisation des excédents de l'ANFH et du FEH

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*

Mesure proposée en ce qui concerne la dotation au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Sans objet s'agissant de transferts financiers de la branche des ATMP*
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

a) Mesure proposée en ce qui concerne le FMESPP et la mobilisation des excédents de l'ANFH et du FEH

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
	+ 245 M€				

La mesure permet de minorer de 245 M€ la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP pour 2016.

b) Mesure proposée en ce qui concerne la dotation au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
CNAMTS, branche AT-MP	- 44,6 M€				

Pour mémoire, le coût de la retraite anticipée pour pénibilité liée à une incapacité permanente correspond aux sommes versées aux bénéficiaires entre la date de leur départ en retraite et la date à laquelle ils seraient partis en retraite avec le taux plein sans ce dispositif.

Il a représenté 137,2 M€ cumulés entre l'année 2011 et l'année 2015, tandis que les dotations cumulées en provenance de la branche AT-MP pour les années 2011 et 2012 s'élevaient à 145 M€. Le solde pour la branche retraite s'élevait donc à 7,8M€ au 31 décembre 2015.

La branche retraite évalue à 51,6 M€ le coût du dispositif en 2016 (36,7 millions associés aux départs avant 2016 et 14,9 millions aux départs à partir de 2016). Ce montant conduit à un besoin de financement de 44,6 M€, après déduction du solde de la dotation de la branche ATMP et intégration d'un coût de gestion annuel de 0,7M€.

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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.

En ce qui concerne la mesure relative au FMESPP, elle est gérée avec les moyens existants.

En ce qui concerne la dotation Pénibilité, elle conduira à une majoration de dépenses pour la branche AT-MP du régime général au titre de l'année 2016.

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.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 85 actuel de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	**Article 85 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016**
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 307 millions d'euros pour l'année 2016.	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 ~~*307*~~ **62** millions d'euros pour l'année 2016.
Article 25 actuel de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	**Article 25 modifié de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016**
En 2016, il est prélevé, au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une somme de 40 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2014, du fonds pour l'emploi hospitalier 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 recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.	En 2016, il est prélevé, au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une somme de ~~*40*~~ **90** millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2014, du fonds pour l'emploi hospitalier 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 recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 6 – Harmonisation des conditions de revenus applicables au bénéfice des exonérations et exemptions de cotisations sociales

I. Présentation de la mesure

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

Les dispositifs d'exonérations et d'exemption des cotisations et contributions sociales visent dans la plupart des cas à favoriser l'emploi par une diminution du coût du travail. Or, les caractéristiques de l'élasticité de la demande de travail par rapport à son coût doivent encourager, par souci d'efficacité de la dépense publique, un ciblage des allègements sur les rémunérations les plus basses. Ces dispositifs ne doivent en conséquence s'appliquer qu'aux rémunérations qui ne dépassent pas un certain plafond, à l'instar de la réduction générale, dégressive jusqu'à 1,6 SMIC.

Dans cette logique, les dispositifs qui offrent un avantage social pour tous les niveaux de salaire ne trouvent pas de justification économique réelle dans la mesure où le coût du travail ne détermine qu'à la marge les décisions d'embauche ou de maintien dans l'emploi pour les emplois qualifiés et mieux rémunérés. La persistance d'aides importantes à des niveaux élevés de rémunération constitue un gisement majeur d'amélioration de l'efficience de la dépense publique, compte tenu de l'ampleur des effets d'aubaine dont celle-ci est à l'origine.

Le maintien d'avantages sociaux sans limite de rémunération constitue une incongruité qui a été soulignée par différents rapports. En 2010, le Conseil des prélèvements obligatoires[1] estimait ainsi que les dispositifs de franchise, en « maintenant une réduction de cotisations pour tout niveau de rémunération, peuvent être considérés comme particulièrement inadaptés » du point de vue des effets d'aubaine potentiels et des effets attendus en termes d'emploi.

De même, dans le cadre de la revue de dépenses sur les exonérations et exemptions de cotisations sociales patronales de juin 2015, la mission conduite par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances estimait que : « *pour les plus hauts niveaux de rémunération, l'opportunité de maintenir un avantage est sujette à interrogation : si l'on accepte l'hypothèse consensuelle selon laquelle les allègements de charges ont plus d'effets à proximité du SMIC, l'effet sur l'emploi est limité, ce qui entraîne un effet d'aubaine potentiel* ». La mission préconisait ainsi l'instauration d'un principe général d'annulation de tout avantage au-delà d'un certain niveau de rémunération.

Depuis plusieurs années, un processus de rationalisation en vue d'un plafonnement transversal des niches sociales a été entamé. Dans les années récentes, certains dispositifs qui offraient un avantage à tout niveau de rémunération ont été modifiés afin d'annuler cet avantage au-delà d'un seuil. C'est le cas notamment des exonérations outre-mer, que la LFSS pour 2016 a réorientées en direction des bas et moyens salaires. Il en est de même pour l'exonération propre aux organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale (OIG en ZRR) que la loi de finances pour 2014 a rendue dégressive en fonction de la rémunération.

Cette évolution s'inscrit dans le cadre des efforts transversaux de rationalisation de la dépense publique, conformément aux engagements de la loi de programmation des finances publiques 2014-2019 dont l'article 20 prévoit que le montant annuel des exonérations ou abattements d'assiette et des réductions de taux s'appliquant aux cotisations et contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement ne peut excéder le montant de l'année précédente. Or, en raison de la forte progression de certaines exonérations sociales, il est nécessaire de mettre en place des outils de régulation du coût de certains dispositifs, tout en garantissant leur pérennité en faveur des revenus bas et moyens, là où ces dispositifs sont jugés plus efficaces.

Ainsi, malgré les critiques contenues dans de nombreux rapports et reposant sur des considérations d'efficacité économique de la dépense publique, et en dépit d'un travail de rationalisation paramétrique de certaines niches sociales depuis plusieurs années, deux principaux dispositifs en particulier accordent encore un avantage important pour tous, quel que soit le niveau de la rémunération versée. Il s'agit de :

- l'exonération applicable aux bassins d'emplois à redynamiser (BER) ;
- l'aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprises (ACCRE).

a) Les 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 de finances rectificative pour 2006 et est entré en vigueur au 1er janvier 2007. La mesure visait initialement à favoriser l'emploi en encourageant l'implantation d'entreprises dans ces zones caractérisées par des indicateurs socio-économiques dégradés.

[1] Les dispositifs dérogatoires en matière de prélèvements sociaux, §571, Yann-Gaël Amghar et Frédéric Laloue, rapport particulier dans le cadre du rapport général Entreprises et niches fiscales et sociales, Conseil des prélèvements obligatoires, octobre 2010

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.

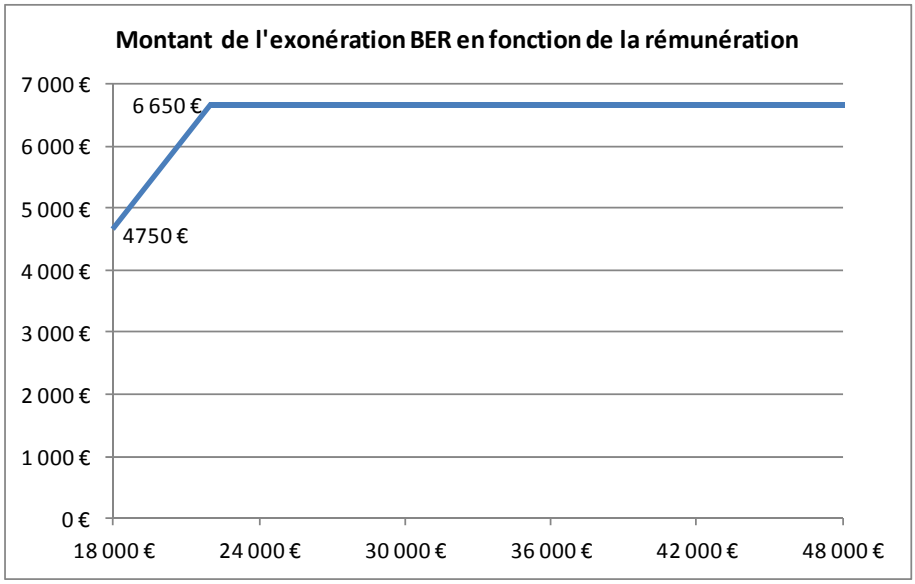
Sont éligibles les établissements des entreprises exerçant une activité industrielle, artisanale, commerciale ou non commerciale, à l'exception des activités de crédit-bail mobilier et de location d'immeubles à usage d'habitation qui s'implantent dans un BER entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 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.

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 6 650 € par an et par salarié. Or, 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.

Du fait de cette absence de plafonnement dans son éligibilité, le dispositif BER est particulièrement coûteux, pour un effet sur l'emploi jugé très 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 € par an contre 1 900 € dans le droit commun, en raison de l'absence de point de sortie du dispositif. Cette courbe d'exonération est d'autant moins cohérente que la ventilation de la masse salariale montre une concentration de celle-ci à près de 80% jusqu'à 1,6 SMIC. En 2014, pour 4 200 bénéficiaires, le dispositif a coûté 21 M€, dont près de 10% au titre de rémunérations supérieures à 2 SMIC.

Par ailleurs, à 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.

Le dispositif BER s'applique à un zonage restreint, ne comprenant 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), qui n'a jamais été actualisé depuis sa création et est ainsi source d'inégalité entre les territoires.

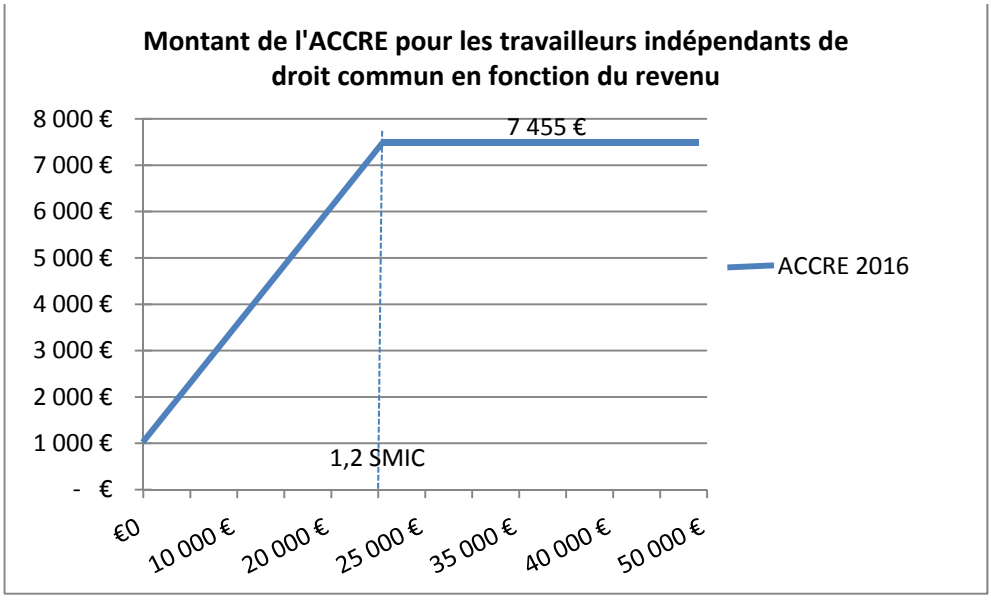


b) L'aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprises (ACCRE)

Créée en 1979 au bénéfice des travailleurs indépendants, l'ACCRE (aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprises), consiste en une exonération (plafonnée au niveau de celle applicable pour des revenus de 1,2 SMIC) des cotisations d'assurance maladie et maternité, d'assurance invalidité et décès, d'assurance vieillesse et d'allocations familiales la première année d'activité, ou au cours des trois premières années selon un mécanisme dégressif s'agissant des personnes bénéficiaires du régime micro-social.

Initialement conçu pour les demandeurs d'emploi indemnisés, son bénéfice a été progressivement étendu à d'autres catégories, sans que celles-ci ne soient soumises à une condition relative au niveau de rémunération. Le rapport de la Cour des comptes de décembre 2012 et le rapport d'information déposé à l'Assemblée nationale en février 2013 soulignent certaines limites globales du dispositif, à savoir une perte de cohérence par rapport à l'objectif initial et un manque d'efficience.

Dans le cadre de sa revue de dépenses, la mission IGF et IGAS de juin 2015 souligne également qu'aucune évaluation positive n'en a été réalisée, la DARES n'ayant pu conclure à l'efficacité ou à l'absence d'effet d'aubaine du dispositif. L'ACCRE a ainsi perdu pour partie son ciblage initial, conduisant à un coût très important du dispositif non compensé à la sécurité sociale. L'absence de plafonnement constitue une des principales limites du dispositif.



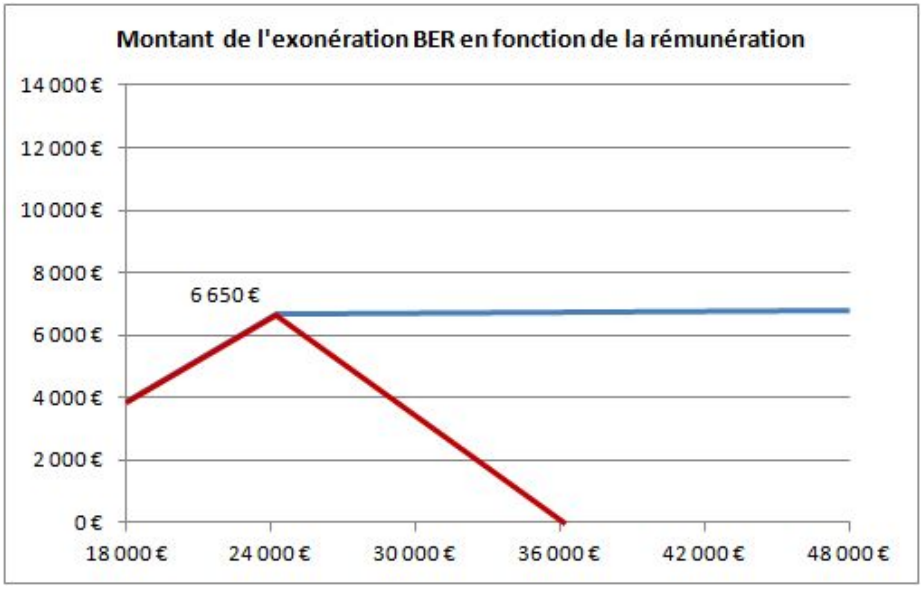
2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La mesure proposée n'a pas pour effet de remettre en cause l'existence de ces dispositifs pour les actifs ayant des revenus faibles ou moyens, là où leur efficacité est attendue. En revanche, il importe d'instaurer des règles de plafonnement pour éviter que des personnes hautement rémunérées bénéficient d'avantages qui ne leur sont pas destinés, ou du moins de resserrer le plafond de l'aide. Il s'agit donc de limiter les effets d'aubaine et d'accroître l'efficience de la dépense tout en conservant l'objectif initial des dispositifs.

- ***Les bassins d'emplois à redynamiser (BER)***

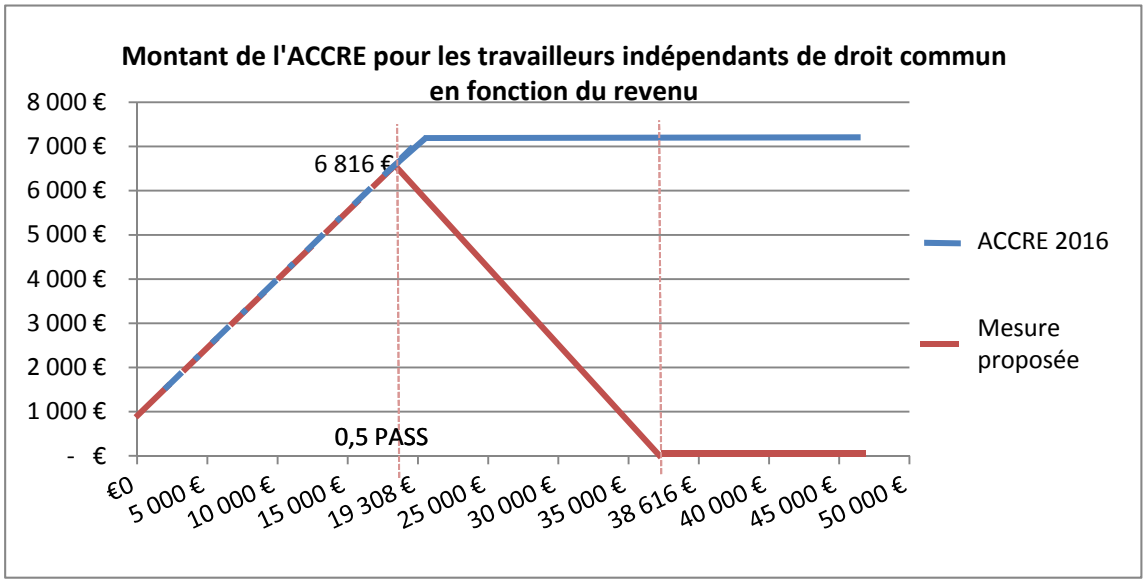
Pour le dispositif de BER, il est proposé de maintenir une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale, de la contribution au FNAL et du versement transport pour les rémunérations inférieures à 1,4 SMIC. Aucune modification ne sera apportée aux employeurs au titre des rémunérations inférieures à ce seuil. Au-delà de ce seuil, il est proposé d'instaurer une dégressivité de l'exonération, ayant pour effet une annulation du montant de celle-ci à partir de 2 SMIC, point de sortie qui restera nettement plus favorable que celui de droit commun des allègements généraux.



- ***L'ACCRE***

Pour l'ACCRE, il est proposé de mieux la cibler sur les revenus faibles et moyens en en limitant le bénéfice aux revenus inférieurs à 1 PASS (38 616 €), et en maintenant une exonération totale de cotisations pour les seuls revenus inférieurs à 50 % du PASS (19 308 €), soit 6 815 € d'exonération en 2016. Il n'y aurait aucune perte d'exonération pour 87% des travailleurs indépendants de droit commun bénéficiaires de l'ACCRE tandis que 2% perdraient le bénéfice de

l'exonération. Afin de limiter les effets de seuil liés au plafonnement de l'exonération, il est proposé d'instaurer une dégressivité de cette exonération entre 50 % et 1 PASS. Un peu plus de 10% des travailleurs indépendants bénéficiaires de l'ACCRE seraient concernés par la mise en place de cette dégressivité.



Par ailleurs, la présente mesure vise à corriger une limite actuelle de l'un des critères d'éligibilité à l'ACCRE, relatif aux salariés ou personnes licenciées d'une entreprise en redressement ou en liquidation judiciaire. En effet, les salariés d'une entreprise en redressement ou en liquidation judiciaire sont particulièrement exposés au risque de licenciement à court terme. Actuellement, l'éligibilité à l'ACCRE est ouverte uniquement dans le cas de la reprise de la seule entreprise en difficulté dans laquelle travaillent les salariés concernés. Or, il n'est pas justifié de limiter le soutien à ces personnes au seul projet de reprise de l'entreprise en difficulté, qui présente évidemment des risques de défaillances élevés. Cette restriction conduit à des effets non désirés puisqu'elle incite les salariés ou personnes licenciées à attendre de se trouver en situation de chômage pour bénéficier de l'ACCRE ou à renoncer à leur projet de création/reprise. Il est ainsi proposé de compléter ce critère afin d'en corriger les effets dissuasifs, permettant ainsi d'encourager ces salariés à recréer ou reprendre une autre entreprise.

b) Autres options possibles

Une règle transversale plafonnant l'éligibilité à l'ensemble des dispositifs d'exonération et d'exemption d'assiette pour les revenus atteignant un certain plafond aurait pu être définie. Cependant, compte tenu de la diversité des mécanismes à l'œuvre, des populations visées ou des structures et modèles économiques concernés, il est apparu plus pertinent de définir des plafonds ou des points de sortie distincts pour chaque dispositif, adaptés à leurs propres spécificités.

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

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, 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.

Il convient de rappeler que 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 s'appliquant spécifiquement à ce sujet la mesure n'et 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 d'articles déjà codifiés pour l'ACCRE.

Le dispositif BER n'est pas aujourd'hui codifié.

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 non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les deux volets de cette mesure devraient générer des recettes supplémentaires pour la sécurité sociale d'un montant de plus de 27 M€ en année pleine.

Le plafonnement de l'exonération ACCRE à 0,5 du PASS et l'instauration d'une dégressivité jusqu'à 1 PASS engendrera une économie nette pour la sécurité sociale de 30 M€ (15 M€ en 2017 compte tenu de l'absence d'application de la mesure aux bénéficiaires ayant commencé à bénéficier de l'ACCRE pour une durée de douze mois dans le courant de l'exercice 2016). L'extension aux salariés ou licenciés d'une entreprise en redressement ou en liquidation judiciaire créant ou reprenant une autre entreprise devrait représenter un coût limité, le public visé étant susceptible de devenir éligible à l'ACCRE à moyen terme, que l'entreprise disparaisse ou à la suite d'un plan de départ, volontaire ou non. Cet élargissement présente donc aussi un caractère d'anticipation de coûts potentiels au titre de l'ACCRE et de simplification des procédures de faillites. Son coût est estimé à 3 M€.

Le recentrage de l'exonération BER sur les revenus inférieurs à 2 SMIC et l'instauration d'une dégressivité à partir du seuil de 1,4 SMIC doit permettre de générer une recette inférieure à 1 M€ (pour un montant actuel de 21 M€) sur le flux des établissements s'implantant dans des bassins d'emploi à redynamiser après le 1er janvier 2017. Ce dispositif d'exonération étant compensé à la sécurité sociale par dotation budgétaire de l'Etat, cette mesure est neutre pour les organismes de sécurité sociale.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Bassin d'emploi à redynamiser		0	0	0	0
ACCRE (plafonnement)		+ 15	+ 30	+ 30	+ 30
ACCRE (éligibilité)		- 3	- 3	- 3	- 3
Total		**+ 12**	**+ 27**	**+ 27**	**+ 27**

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

Cette mesure conduit à limiter le bénéfice de certaines exonérations pour des populations dont les rémunérations sont élevées, tout en préservant l'objectif et l'intérêt des dispositifs sur la majorité des personnes qui en bénéficient actuellement et à juste titre. Elle s'inscrit dans un travail de rationalisation en vue d'une meilleure progressivité dans le niveau des prélèvements sociaux.

a) impacts économiques

Pour le dispositif des BER, en retenant comme hypothèse conventionnelle une structure de rémunération identique pour le flux des établissements s'implantant dans ces bassins d'emploi à celle constatée sur le stock, la mesure n'aurait pas d'effet pour les nouveaux établissements en BER pour plus de 75% des salaires donnant droit pour l'employeur au bénéfice de l'exonération, dans la mesure où leur rémunération ne dépasse pas 1,4 SMIC. Pour les 17% de rémunérations comprises entre 1,4 et 2 SMIC, la mesure augmentera en moyenne le montant des cotisations patronales à hauteur de 2 400 € par an (550 € pour les revenus de 1,4 SMIC). La perte maximale s'élèvera à 6 650 € par an, et concernerait 7% des ETP dont les rémunérations sont au moins égales à 2 900 € bruts mensuels (2 SMIC).

A titre d'illustration, les secteurs qui bénéficient le plus du dispositif BER (en valeur absolue) sont le commerce (26% et 5,3 M€ de cotisations exonérées), la métallurgie (14% et 3 M€) et la construction (10,4% et 2,2 M€).

Pour l'ACCRE, pour 87% des bénéficiaires, la réforme n'aura pas d'effet. Elle aura un effet sur 13% des travailleurs indépendants de droit commun (soit 7 500 personnes) pour lesquels la perte maximale sera de 7 455€ par an. La perte moyenne s'élèverait à 4 000€. Les micro-entrepreneurs ne sont pas concernés par le plafonnement compte tenu de leur niveau de revenu, nécessairement inférieur au plafond.

b) impacts sociaux

Sans objet.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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 n'ajoute pas de complexité particulière en termes de charge administrative nouvelle pour les assurés dans la mesure. Elle conduira l'employeur à prendre en considération les nouveaux barèmes d'exonération, comprenant des points de sortie ou les plafonnements. Pour les travailleurs indépendants, le recouvrement par appel de cotisations aboutit à ce qu'ils ne subissent aucune contrainte supplémentaire.

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

Pour le dispositif BER, les modalités de calcul de l'exonération seront détaillées dans un décret d'application, afin d'expliciter la formule applicable sur la plage dégressive de l'exonération. Il s'agira de modifier le décret n°2007-648 du 30 avril 2007 portant application du VII de l'article 130 de la loi n°2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006.

Pour le dispositif ACCRE, les seuils et les modalités de calcul de l'exonération seront détaillés dans un décret d'application.

Bien entendu, la présente mesure est sans effet sur le bénéfice de l'aide à la reprise et à la création d'entreprise (ARCE) dont les modalités d'attributions sont précisées dans la convention relative à l'indemnisation du chômage et qui est réservée aux populations bénéficiaires de l'ACCRE, sans être conditionnée par le revenu dégagé.

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 présentes mesures ne remettent pas en cause la situation des personnes qui bénéficient déjà des deux dispositifs au 31 décembre 2016. Elles s'appliqueront ainsi, pour le dispositif BER, aux seuls établissements qui s'implantent dans les zones en cause à compter du 1er janvier 2017 et, pour le dispositif de l'ACCRE, aux créations et reprises d'entreprise intervenant à compter du 1er janvier 2017.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information sera réalisée par le biais des régimes concernés, ainsi qu'à l'annexe 5 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi statistique de la mesure sera réalisé par l'ACOSS, le RSI ou dans les documents budgétaires relatifs au programme sur lequel repose les éventuelles compensations d'exonération à la sécurité sociale, ainsi qu'à l'annexe 5 du PLFSS.

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**
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 %~~.**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. A partir de ce seuil, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 100 %.** (…)
Article 161-1-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article 161-1-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Par dérogation aux dispositions en vigueur, l'exercice de leur nouvelle activité par les personnes mentionnées aux articles L. 5141-1 et L. 5141-2 du code du travail qui bénéficient de l'aide à la création ou reprise d'entreprise instituée par ledit article ouvre droit, pour une période et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés par décret, à l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales auxquels elles sont affiliées en raison de l'exercice de cette activité et aux prestations servies par ces régimes. La durée de l'exonération, totale ou partielle, peut être prolongée dans des conditions et limites fixées par décret lorsque l'entreprise créée ou reprise entre dans le champ de l'article 50-0 du code général des impôts. Il en va de même lorsque les personnes mentionnées au premier alinéa ont opté pour le régime prévu à l'article 102 ter du même code.	Par dérogation aux dispositions en vigueur, l'exercice de leur nouvelle activité par les personnes mentionnées aux articles L. 5141-1 et L. 5141-2 du code du travail qui bénéficient de l'aide à la création ou reprise d'entreprise instituée par ledit article ouvre droit, pour une période ~~et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés~~ **fixée** par décret, à l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales auxquels elles sont affiliées en raison de l'exercice de cette activité et aux prestations servies par ces régimes. **Lorsque le revenu ou la rémunération est égal à la moitié du plafond mentionné à l'article L. 241-3, ces cotisations sont totalement exonérées. Au-delà de ce seuil de revenu ou de rémunération, le montant de l'exonération décroit linéairement et devient nul lorsque le revenu ou la rémunération est égal au plafond annuel de la sécurité sociale.** La durée de l'exonération, totale ou partielle, peut être prolongée dans des conditions et limites fixées par décret lorsque l'entreprise créée ou reprise entre dans le champ de l'article 50-0 du code général des impôts. Il en va de même lorsque les personnes mentionnées au premier alinéa ont opté pour le régime prévu à l'article 102 ter du même code.

L'exonération prévue à l'alinéa précédent porte : 1° Sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié et afférentes à la fraction des rémunérations versées au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de salariés ; 2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de non-salariés. L'exonération doit être demandée par l'employeur dans le cas mentionné au 1° et par le non-salarié dans le cas mentionné au 2°. L'exonération dont bénéficient les personnes mentionnées à l'article L5141-2 du code du travail ainsi que la prolongation de la durée d'exonération prévue au premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Pour les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8, l'exonération de cotisations de sécurité sociale prévue au présent article cesse de s'appliquer, dans des conditions définies par décret, à la date à laquelle ces travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes prévus aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de cette exonération et dues au titre de la période courant à compter de cette date font l'objet d'une régularisation, dans des conditions définies par décret.	L'exonération prévue à l'alinéa précédent porte : 1° Sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié et afférentes à la fraction des rémunérations versées au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de salariés ; 2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de non-salariés. L'exonération doit être demandée par l'employeur dans le cas mentionné au 1° et par le non-salarié dans le cas mentionné au 2°. L'exonération dont bénéficient les personnes mentionnées à l'article L. 5141-2 du code du travail ainsi que la prolongation de la durée d'exonération prévue au premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Pour les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8, l'exonération de cotisations de sécurité sociale prévue au présent article cesse de s'appliquer, dans des conditions définies par décret, à la date à laquelle ces travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes prévus aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de cette exonération et dues au titre de la période courant à compter de cette date font l'objet d'une régularisation, dans des conditions définies par décret.
Code du travail **Partie législative** **Cinquième partie : L'emploi** **Livre Ier : Les dispositifs en faveur de l'emploi** **Titre IV : Aides à la création d'entreprise et appui aux entreprises** **Chapitre Ier : Aides à la création ou à la reprise d'entreprise** **Section 1 : Exonération de charges sociales.**	**Code du travail** **Partie législative** **Cinquième partie : L'emploi** **Livre Ier : Les dispositifs en faveur de l'emploi** **Titre IV : Aides à la création d'entreprise et appui aux entreprises** **Chapitre Ier : Aides à la création ou à la reprise d'entreprise** **Section 1 : ~~*Exonération de charges sociales*~~** **Exonération de cotisations de sécurité sociale.**
Article L. 5141-1 du code du travail	**Article L. 5141-1 modifié du code du travail**
Peuvent bénéficier des exonérations de charges sociales prévues à l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'elles créent ou reprennent une activité économique, industrielle, commerciale, artisanale, agricole ou libérale, soit à titre individuel, soit sous la forme d'une société, à condition d'en exercer effectivement le contrôle, ou entreprennent l'exercice d'une autre profession non salariée :	Peuvent bénéficier des exonérations de ~~*charges sociales*~~ **cotisations de sécurité sociale** prévues à l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'elles créent ou reprennent une activité économique, industrielle, commerciale, artisanale, agricole ou libérale, soit à titre individuel, soit sous la forme d'une société, à condition d'en exercer effectivement le contrôle, ou entreprennent l'exercice d'une autre profession non salariée :

1° Les demandeurs d'emploi indemnisés ; 2° Les demandeurs d'emploi non indemnisés inscrits à l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 six mois au cours des dix-huit derniers mois ; 3° Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique ou du revenu de solidarité active ; 4° Les personnes âgées de 18 ans à moins de 26 ans ; 5° Les personnes de moins de 30 ans handicapées mentionnées à l'article L. 5212-13 ou qui ne remplissent pas la condition de durée d'activité antérieure pour ouvrir des droits à l'allocation d'assurance mentionnée à l'article L. 5422-1 ; 6° Les personnes salariées ou les personnes licenciées d'une entreprise soumise à l'une des procédures de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires prévues aux titres II, III et IV du livre VI du code de commerce qui reprennent tout ou partie de cette entreprise dès lors qu'elles s'engagent à investir en capital la totalité des aides et à réunir des apports complémentaires en capital au moins égaux à la moitié des aides accordées ; 7° Les personnes ayant conclu un contrat d'appui au projet d'entreprise mentionné à l'article L. 127-1 du code de commerce, sous réserve qu'elles remplissent l'une des conditions prévues aux 1° à 6° à la date de conclusion de ce contrat ; 8° Les personnes physiques créant une entreprise implantée au sein d'un quartier prioritaire de la politique de la ville ; 9° Les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité mentionné à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale	1° Les demandeurs d'emploi indemnisés ; 2° Les demandeurs d'emploi non indemnisés inscrits à l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 six mois au cours des dix-huit derniers mois ; 3° Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique ou du revenu de solidarité active ; 4° Les personnes âgées de 18 ans à moins de 26 ans ; 5° Les personnes de moins de 30 ans handicapées mentionnées à l'article L. 5212-13 ou qui ne remplissent pas la condition de durée d'activité antérieure pour ouvrir des droits à l'allocation d'assurance mentionnée à l'article L. 5422-1 ; 6° Les personnes salariées ou les personnes licenciées d'une entreprise soumise à l'une des procédures de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires prévues aux titres II, III et IV du livre VI du code de commerce qui reprennent tout ou partie **d'une entreprise** ~~de cette entreprise dès lors qu'elles s'engagent à investir en capital la totalité des aides et à réunir des apports complémentaires en capital au moins égaux à la moitié des aides accordées~~ ; 7° Les personnes ayant conclu un contrat d'appui au projet d'entreprise mentionné à l'article L. 127-1 du code de commerce, sous réserve qu'elles remplissent l'une des conditions prévues aux 1° à 6° à la date de conclusion de ce contrat ; 8° Les personnes physiques créant une entreprise implantée au sein d'un quartier prioritaire de la politique de la ville ; 9° Les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité mentionné à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale
Article L. 5141-3 actuel du code du travail	**Article L. 5141-3 modifié du code du travail**
Les personnes admises au bénéfice de l'article L. 5141-1 et qui perçoivent l'allocation de solidarité spécifique ou l'allocation veuvage prévue à l'article L. 356-1 du code de la sécurité sociale reçoivent une aide de l'Etat, attribuée pour une durée courant à compter de la date de création ou de reprise d'une entreprise.	~~Les personnes admises au bénéfice de l'article L. 5141-1~~ **Les personnes remplissant l'une des conditions mentionnées du 1° au 9° de l'article L. 5141-1** et qui perçoivent l'allocation de solidarité spécifique ou l'allocation veuvage prévue à l'article L. 356-1 du code de la sécurité sociale reçoivent une aide de l'Etat, attribuée pour une durée courant à compter de la date de création ou de reprise d'une entreprise.
Article L. 5141-4 actuel du code du travail	**Article L. 5141-4 modifié du code du travail**
Les personnes admises au bénéfice des dispositions de l'article L. 5141-1 et qui perçoivent l'allocation d'insertion ou l'allocation de veuvage ont droit au maintien du versement de leur allocation dans des conditions prévues par décret.	~~Les personnes admises au bénéfice de l'article L. 5141-1~~ **Les personnes remplissant l'une des conditions mentionnées du 1° au 9° de l'article L. 5141-1** et qui perçoivent l'allocation d'insertion ou l'allocation de veuvage ont droit au maintien du versement de leur allocation dans des conditions prévues par décret.

ARTICLE 7 – Réforme des dispositifs d'exonérations spécifiques et harmonisation des règles de recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants en outre-mer

I. Présentation de la mesure

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

• Les exonérations de cotisations spécifiques aux travailleurs indépendants en outre-mer présentent la particularité de ne pas être conditionnées en fonction du niveau des ressources

Le travailleur indépendant débutant son activité en outre-mer bénéficie de deux dispositifs de réduction et d'exonération des cotisations et contributions de sécurité sociale:

1) Pendant vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité il dispose d'une exonération totale des cotisations et contributions de sécurité sociale.

2) Au-delà des vingt-quatre premiers mois d'activité, et de manière pérenne, les cotisations et contributions de sécurité sociale sont calculées, pour la partie des revenus inférieure au plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), sur une assiette égale à 50 % de ses revenus.

Toutefois, sont dues pour la totalité de leur montant les cotisations de retraite complémentaire, d'invalidité-décès et la fraction des cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse de base ainsi que de la CSG et de la CRDS restant dues. Par ailleurs, les professionnels libéraux, à la différence des artisans et des commerçants, ne bénéficient ni de l'exonération de cotisations de début d'activité, ni de l'abattement d'assiette de 50 % des revenus inférieurs au PASS pour leurs cotisations d'assurance vieillesse de base, d'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité.

Ces deux dispositifs sont également adaptés aux micro-entrepreneurs. Le taux unique de cotisations et contributions de sécurité sociale est ainsi réduit d'un tiers pour les micro-entrepreneurs commerçants (soit un taux unique fixé à 9 % en 2016) et pour les micro-entrepreneurs prestataires de service (soit un taux unique fixé à 15,40 % en 2016). Pour les micro-entrepreneurs qui exercent dans les DOM une activité libérale relevant de la CIPAV, le taux du taux unique de cotisations et contributions est réduit de deux tiers pendant les huit premiers trimestres (soit un taux unique fixé à 7,70 %) puis d'un tiers au-delà du huitième trimestre (soit un taux unique fixé à 15,30 % en 2016).

L'ensemble de ces dispositifs sont globalement pertinents d'un point de vue économique puisqu'ils répondent à l'objectif d'encourager la création d'activité dans les départements d'outre-mer (DOM). Ils visent à pallier les difficultés structurelles liées à l'étroitesse des marchés qui peut freiner le développement des activités et à la plus forte exposition à des risques exogènes (climatiques, géographiques) induisant des coûts unitaires de production et à des coûts de structure plus élevés qu'en métropole. Ils cherchent à améliorer la compétitivité des entreprises tout en encourageant spécifiquement la création d'activité.

Toutefois, pour les travailleurs indépendants qui ne sont pas micro-entrepreneurs, la construction actuelle des dispositifs, qui aboutit à ce qu'ils offrent un avantage social conséquent quel que soit le niveau de revenu, ne trouve pas de justification dans la mesure où le coût des prélèvements sociaux ne détermine qu'à la marge la compétitivité des activités générant de très hauts revenus. La persistance d'aides importantes sans aucune limitation de leur éligibilité en fonction des revenus ne participe pas de l'efficience de la dépense publique, compte tenu de l'ampleur des effets d'aubaine dont celle-ci est à l'origine.

Au-delà de cette absence de plafonnement, les dispositifs applicables aux travailleurs indépendants en outre-mer sont mal articulés entre eux, étant donné que l'exonération est totale les deux premières années à compter de la date de création puis réduite à 50 % la troisième année d'activité. Cet effet de seuil, qui affecte la durée de vie des entreprises (près de 30% des entreprises ont cessé leur activité avant la fin de la troisième année) doit être corrigé par une meilleure progressivité dans le temps des niveaux de prélèvements.

Dans le cadre de sa revue de dépenses de 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 invité à poursuivre la redéfinition du calibrage des exonérations en vue de limiter le maintien d'avantages sociaux jusqu'à des niveaux élevés de revenus. C'est à partir de cette analyse qu'en loi de financement pour la sécurité sociale pour 2016, le processus de rationalisation des niches sociales a été entamé en outre-mer, par un meilleur ciblage des exonérations au bénéfice des employeurs (LODEOM). Il s'agit ici de poursuivre les mêmes objectifs s'agissant des exonérations spécifiques applicables aux travailleurs indépendants en outre-mer, à savoir 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.

- ***Le mode de recouvrement des cotisations sociales, qui ne s'adapte pas à l'évolution réelle des revenus, est inadapté à la situation des travailleurs indépendants***

Il existe actuellement une disparité forte entre les règles de calcul et de recouvrement des cotisations et contributions applicables aux travailleurs indépendants en outre-mer et celles applicables en métropole. En effet, les cotisations et contributions sociales de l'année sont calculées en outre-mer à titre définitif sur la base des revenus de l'avant-dernière année, à l'exception des cotisations invalidité et de retraite complémentaire obligatoire. De ce fait, il persiste un décalage temporel entre le moment où un revenu est perçu et le moment où les cotisations sont calculées sur ce revenu. Cette situation est préjudiciable aux assurés du fait des fortes variations que les revenus des indépendants peuvent connaître. En outre, la coexistence de deux systèmes de recouvrement confronte chaque travailleur indépendant en outre-mer à une complexité inutile.

Ainsi, les travailleurs indépendants exerçant en outre-mer peuvent rencontrer des difficultés à s'acquitter de leurs cotisations et contributions de sécurité sociale lorsque leurs revenus fluctuent à la baisse. Par exemple, dans le cas où un travailleur indépendant voit ses revenus baisser de 20 % entre 2014 et 2016, il doit payer en 2016 des cotisations sur une base supérieure de 25 % à ses revenus de l'année en cours. Cette impossibilité d'adapter les cotisations en cas de variation des revenus est sans nul doute un des facteurs qui explique les taux très significatifs d'impayés des cotisations sociales (le taux de restes à recouvrer à fin décembre pour l'exercice 2015 s'élevait ainsi à 52 %, contre un taux de 10 % dans les départements métropolitains)

L'absence de régularisation des cotisations contribue également à des confusions sur l'assiette de cotisations à prendre en troisième année d'activité. En effet, en cas de commencement d'activité en cours d'année (par exemple au 1er avril de N), le revenu perçu pour la troisième année d'activité suite aux deux années d'exonération (à compter du 1er avril N+2) serait, en application des mêmes dispositions que celles de droit commun, apprécié sur une année pleine afin de déterminer le montant des cotisations dues au titre de la 3ème année.

Enfin, dans le cas d'un travailleur indépendant ayant débuté une activité en métropole et qui transfère son entreprise en outre-mer, le changement d'assiette généré par l'absence de régularisation en outre-mer le conduit à cotiser deux fois sur la même assiette et pendant deux ans. Dans le cas inverse, le travailleur indépendant qui s'installe en métropole bénéficie de deux années blanches. Dans les deux cas, la situation n'est pas satisfaisante et rend complexes les transferts entre métropole et outre-mer.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée présente deux volets.

- ***Le premier volet vise à rationaliser dès 2017 les dispositifs d'exonérations et d'abattement d'assiette des travailleurs indépendants exerçant en outre-mer.***

Il est tout d'abord proposé de limiter le bénéfice de l'exonération totale des cotisations des 24 premiers mois ainsi que l'abattement de 50 % de l'assiette des revenus aux revenus inférieurs ou égaux à 2,5 PASS (96 500 € en 2016). L'exonération et l'abattement d'assiette seraient dégressifs de 1,1 (42 478€) jusqu'à 2,5 PASS. Cette mise sous conditions de ressources a pour objectif de recentrer l'effort budgétaire sur les bas et moyens revenus.

Ce plafonnement est accompagné de l'introduction d'une hausse du niveau de l'exonération en troisième année civile d'activité, lors de laquelle l'abattement sera porté de 50% à 75 % de l'assiette des cotisations et contributions. Cette exonération renforcée sera également soumise aux règles de plafonnement. Pour les revenus inférieurs à 1,1 PASS, cette exonération permettrait ainsi une réduction supplémentaire des prélèvements sociaux applicables aux travailleurs indépendants en outre-mer lors des premières années d'activité.

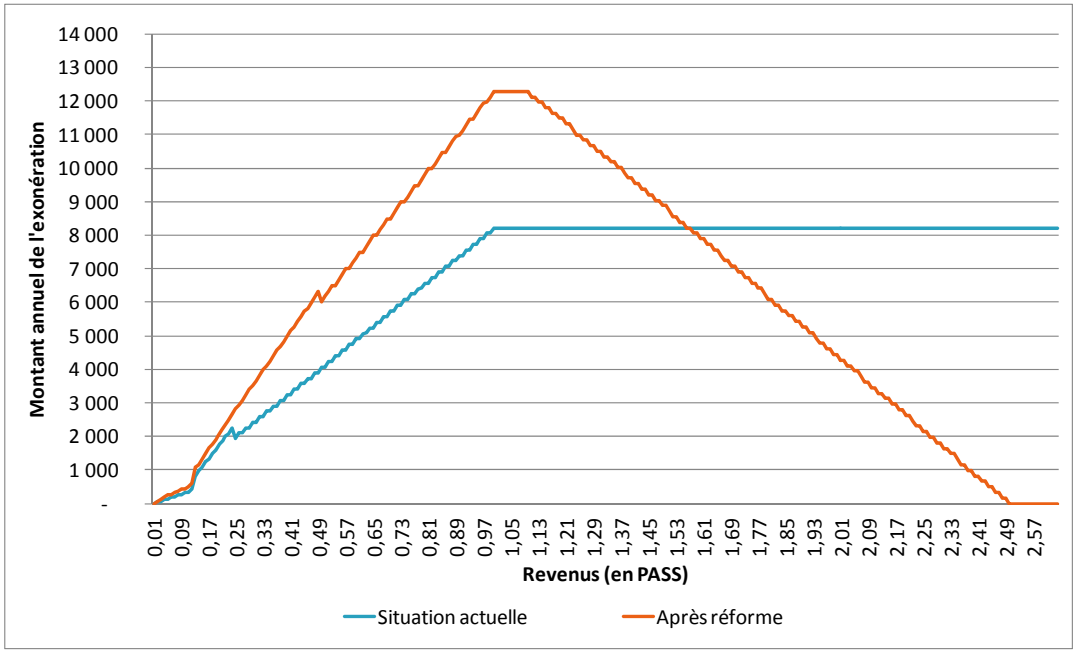
Les travailleurs indépendants continueront de bénéficier de l'exonération totale de cotisations au titre des 24 premiers mois d'activité. Toutefois, celle-ci sera également plafonnée dans les mêmes conditions. En outre, le calcul des cotisations et contributions au titre de ces deux premières années civiles continuera d'être établi sur une base forfaitaire correspondant à 19 % du PASS la première année (environ 7 340 euros) et à 27 % du PASS la deuxième année (environ 10 430 euros). Le plafonnement n'aura ainsi aucun effet défavorable en trésorerie pour les travailleurs indépendants au moment où ils débutent leur activité dans la mesure où il n'interviendra qu'a posteriori, au cours de l'exercice N+1, pour réduire l'ampleur de l'exonération pour les revenus supérieurs à 1,1 PASS ou en supprimer le bénéfice au-delà de 2,5 PASS (soit pour un nombre de redevables très limité en début d'activité), après que les revenus d'activité au titre des années considérées seront connus. Ainsi, même les travailleurs indépendants dont le revenu excède le plafond continueront de bénéficier d'un avantage de trésorerie appréciable pour débuter leur activité.

Tous les travailleurs indépendants ayant, lors de leur troisième année d'activité, des revenus annuels inférieurs à 60 000 euros (1,55 PASS) environ bénéficieront d'un montant d'exonération plus élevé qu'actuellement. Au-delà de ce seuil, le montant d'exonération sera inférieur à la situation actuelle.

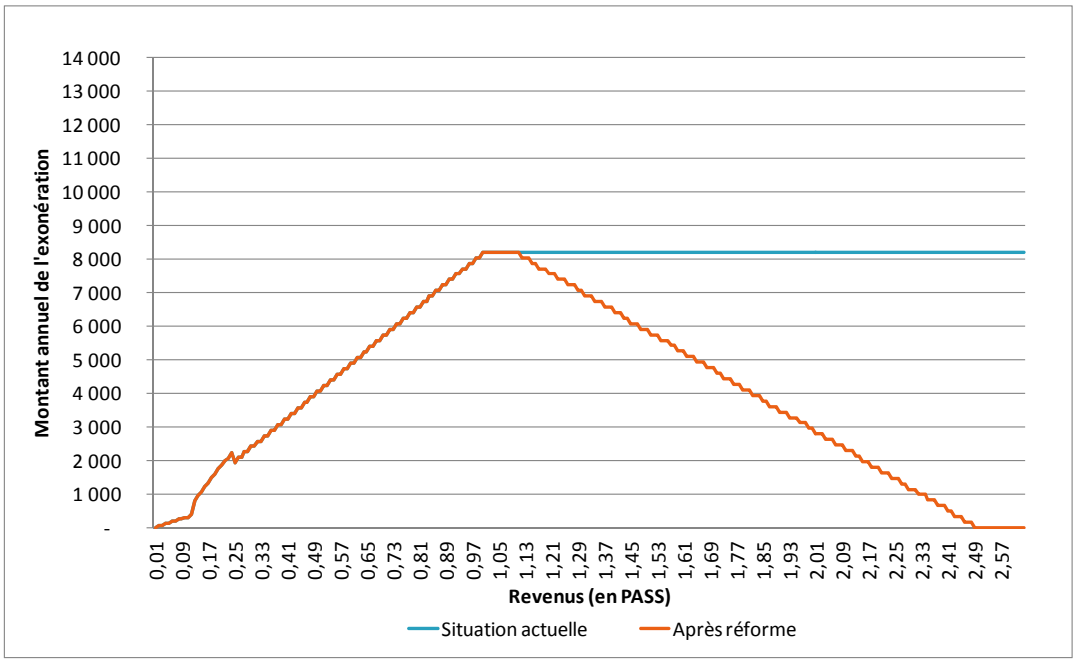
Les autres dispositions spécifiques aux travailleurs indépendants ultra-marins suivantes ne sont pas remises en cause par cette mesure :

- l'exonération de cotisation d'assurance maladie lorsque leurs revenus sont inférieurs à 13 % du PASS (supprimée depuis le 1er janvier 2015 en métropole) ;
- une exonération partielle de cotisations (les cotisations au titre de la retraite complémentaire obligatoire, la CSG, la CRDS et la contribution à la formation professionnelle restent notamment dues) pour les travailleurs indépendants ultra-marins dont le revenu est inférieur à 390 €.

Exonération de 75 % envisagée pour la 3ème année d'activité en fonction du revenu



Exonération de 50 % en fonction du revenu à compter de la 4ème année d'activité



- ***Le second volet adapte les règles de calcul et de recouvrement des cotisations et contributions sociales pour les aligner sur le droit applicable en métropole***

Il est proposé d'harmoniser les règles servant à déterminer l'assiette des cotisations et les modalités de recouvrement de toutes les cotisations en outre-mer, sur le modèle applicable en métropole, qui a été récemment réformé pour mettre un ajustement très rapide de la charge payée en fonction de l'évolution des revenus. Cette mesure favorable aux assurés s'inscrit dans la même logique que celle poursuivie en 2014 en métropole pour les cotisations sociales et prévue, pour 2018, pour l'impôt sur le revenu qui sera dû au titre de l'année au cours de laquelle les revenus sont perçus, et non plus au titre de l'année précédente.

L'article 26 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2014 a mis en place une réforme du recouvrement des cotisations en métropole pour qu'elles prennent en compte plus rapidement les variations de revenu. Le système en vigueur permet d'ajuster les cotisations provisionnelles de l'année en cours sur la base du dernier revenu connu, de régulariser par anticipation les cotisations de la dernière année écoulée dès le revenu connu et de faire connaître en avance les cotisations provisionnelles qui seront à payer l'année suivante (d'où l'appellation de régularisation « 3 en 1 »). Cette généralisation des dispositifs d'ajustement des cotisations provisionnelles et de régularisation anticipée des cotisations permet :

- l'ajustement de ces cotisations provisionnelles, au cours de l'année N, sur la base du revenu de l'année N-1 dès la déclaration de ce dernier, et l'étalement des échéances de paiement des cotisations provisionnelles sur l'intégralité de l'année considérée (soit de janvier à décembre au lieu de janvier à octobre précédemment) ;
- la régularisation des cotisations de l'année N sur la base du revenu définitif de l'année N, non plus en fin d'année N+1 mais dès que ce revenu a été déclaré en N+1 et, conséquemment, le remboursement plus rapide de l'éventuel trop-versé et l'étalement des échéances de paiement de l'éventuel complément de sur l'ensemble des échéances restantes et au lieu des deux derniers mois de cette année ;
- le calcul, dès cette régularisation, des cotisations provisionnelles initiales de l'année N +1 sur la base du revenu de l'année N-1 ;

Par ailleurs, les travailleurs indépendants pourront également demander à moduler leurs cotisations provisionnelles en fonction de leur propre estimation de leur revenu au titre de l'année en cours, ce qui offre une souplesse supplémentaire pour réduire immédiatement les paiements en cas de difficulté économique. Ce dispositif est fréquemment utilisé en métropole par les travailleurs indépendants.

Cette réforme, qui répond à une demande ancienne des professionnels de remettre en cause le décalage entre le moment de perception des revenus et le moment où ils donnent lieu à paiement des cotisations, est à ce stade entrée en vigueur uniquement en métropole.

Il est proposé d'étendre les modalités de calcul et de recouvrement des cotisations et contributions applicables en métropole à tous les travailleurs indépendants en outre-mer, à l'exception toutefois des deux premières années pour lesquelles une régularisation est peu pertinente puisque les cotisations sont calculées sur des bases forfaitaires à titre

définitif et totalement exonérées pour la plupart d'entre elles. Le « 3 en 1 » entrerait en vigueur dès 2018 pour l'ensemble des travailleurs indépendants après un régime transitoire en 2017 : les cotisations appelées sur la base des revenus 2015 n'auraient plus de caractère définitif, mais seraient régularisées au cours de l'année 2018 dès les revenus 2017 connus. Autres options possibles

Pour conserver un avantage minimal pour l'ensemble des travailleurs indépendants, même au-delà de 96 500 euros de revenus, il aurait pu être envisagé de retenir un point de sortie de l'exonération et de l'abattement dégressif plus bas et de conserver pour tous les travailleurs indépendants, quelque soit leur revenu, une exonération minimum de cotisations. Cependant, cette option ne répond pas à l'objectif consistant à mieux cibler le dispositif sur les travailleurs indépendants ayant des revenus faibles ou moyens. Elle aurait pour effet de maintenir un effet pour ceux ayant un revenu très important.

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

Cette mesure, qui modifie les règles d'assiette et les modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales, a sa 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, 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.

Les collectivités de Saint Martin et de Saint Barthélémy ont été également consultées en application des dispositions organiques régissant ces collectivités.

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.

Il convient de rappeler que 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 s'appliquant spécifiquement à ce sujet. La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie des articles déjà codifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Abrogation de l'article L. 756-2 telle que rédigée actuellement.

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 plafonnement et la dégressivité des exonérations dont bénéficient les travailleurs indépendants ultramarins permettraient globalement une économie de 32 M€, tandis que le coût de l'instauration d'une exonération de 75% au titre de la troisième année d'activité est estimé à un peu moins de 2 M€, soit une économie nette attendue de 30 M€.

Le basculement vers un régime de calcul des cotisations et contributions sociales dues au titre d'une année sur la base des revenus de cette même année (et non de l'avant-dernière année) a des effets en trésorerie. Ces effets conduisent à reporter l'effet en trésorerie de l'économie à 2018, au titre des revenus 2017. . Un produit à recevoir de 30 M€ sera prévu dans les comptes au titre de l'année 2017 pour s'assurer de comptabilisation en droits constatés des effets de cette mesure.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
		+ 30	+ 30	+ 30	+ 30

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

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

a) impacts économiques

Cette mesure conduit à limiter le bénéfice de certaines exonérations pour des populations dont les rémunérations sont élevées (96 500 euros), et est sans impact défavorable pour la très grande majorité des autres personnes qui en bénéficient actuellement. Seuls un peu moins de 5% travailleurs indépendants perdraient le bénéfice de l'exonération (sur un effectif de 95 000 personnes), et moins de 10 %, dont les revenus sont compris entre 1 et 2,5 PASS verraient leur abattement de 50 % réduit d'un coefficient variable en fonction de leurs revenus.

Cette mesure s'inscrit dans un travail de rationalisation en vue d'une meilleure progressivité dans le niveau des prélèvements sociaux, sans qu'elle ait de conséquences sur la création d'activité en outre-mer. Elle vise donc à réduire principalement les effets d'aubaine liés à un calibrage peu efficient du dispositif actuel, caractérisé par ailleurs par de forts effets de seuil.

La mise en place d'un dispositif de régularisation des cotisations en fonction des revenus emporte un impact en trésorerie, négatif pour la sécurité sociale et favorable aux travailleurs indépendants, mais pas sur le montant des cotisations définitives dues au titre d'une année donnée qui reste identique même s'il est acquitté dans des conditions différentes. En effet, la cotisation payée reste assise, avant comme après la mesure, sur le revenu définitif d'une année

donnée (hormis pour les deux premières années civiles). Elle est simplement recouvrée selon un calendrier et un schéma différent et est assise sur le revenu d'une année distincte :

Situation avant réforme	Situation après réforme
• En N : calcul de la cotisation définitive de N sur le revenu définitif de N-2 ; • En N+1 : calcul de la cotisation définitive de N+1 sur le revenu définitif de N-1 ;	• En N : calcul de la cotisation provisionnelle de N sur le revenu définitif de N-2 (ajustée ensuite sur N-1), puis régularisation une fois le revenu N définit connu

b) impacts sociaux

Sans objet.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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 nécessite aucune démarche administrative spécifique pour les travailleurs indépendants. Ils bénéficieront pour la plupart du maintien de leurs dispositifs d'exonération, voire de la création d'un nouveau dispositif au titre de la troisième année et leurs règles de recouvrement seront simplifiées dans le cadre de la mise en œuvre du « 3 en 1 ».

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

L'ACOSS, le RSI et leur réseau de caisses locales seront les principaux artisans de la mise en œuvre de la mesure, notamment de l'extension à l'outre-mer du « 3 en 1 », qui a des implications juridiques et techniques. La mesure nécessitera pour les caisses un paramétrage dans le système d'information de la branche du recouvrement (SNV2) afin d'intégrer dans le calcul les plafonds d'éligibilité.

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.

Des mesures réglementaires devront intervenir avant la fin 2016 pour préciser les modalités d'application de la mesure, notamment les règles de plafonnement.

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 2017. Elle nécessite une mise en œuvre par les régimes fin 2016 et 2017 afin de transformer le régime des cotisations définitives en cotisations provisionnelles pour 2017.

La mise sous conditions de revenu de l'exonération au titre des deux premières années d'activité ne sera pas appliquée aux travailleurs indépendants qui ont créé leur activité avant le 1er janvier 2017, afin de ne pas modifier leur situation.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La nouvelle disposition fera l'objet d'une information aux cotisants, notamment lors des courriers d'appels pour le paiement des cotisations à compter de 2017.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de la mise en œuvre des impacts de cette mesure sera effectué par la branche du recouvrement, ainsi qu'à l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale et lors de l'établissement des comptes de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 756-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 756-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Pour les personnes commençant à exercer dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée les assujettissant soit au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, soit au régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales, aucune cotisation n'est due au titre de l'année ou de la fraction d'année de début d'exercice.	~~*Pour les personnes commençant à exercer dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée les assujettissant soit au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, soit au régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales, aucune cotisation n'est due au titre de l'année ou de la fraction d'année de début d'exercice.*~~ **Les cotisations et contributions de sécurité sociale, à l'exception de celle prévue à l'article L. 635-1 et de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, sont totalement exonérées pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité lorsque les revenus d'activité rapportés à l'année entière au titre de chacune des années civiles correspondant à cette période sont inférieurs à un seuil fixé à 110 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3. Le montant de cette exonération décroît linéairement à proportion des revenus d'activité pour s'annuler lorsqu'ils atteignent 250 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3.**
Article L. 756-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 756-3 modifié du code de la sécurité sociale**
Les personnes exerçant dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée artisanale, industrielle ou commerciale, sont exonérées du versement de toute cotisation lorsque leur revenu d'activité ne dépasse pas un certain montant fixé par décret.	~~*Les personnes exerçant dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée artisanale, industrielle ou commerciale, sont exonérées du versement de toute cotisation lorsque leur revenu d'activité ne dépasse pas un certain montant fixé par décret.*~~ **Par dérogation aux dispositions des deuxième et troisièmes alinéas de l'article L. 131-6-2, les cotisations et contributions de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 756-2 dues au titre des deux premières années civiles d'activité des travailleurs indépendants non agricoles créant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont calculées à titre définitif sur la base d'un revenu forfaitaire fixé par décret**
Article L. 756-4 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 756-4 modifié du code de la sécurité sociale**
Par dérogation aux dispositions de l'article L. 242-11, des deux premiers alinéas des articles L. 612-4 et L. 633-10 et du deuxième alinéa de l'article L. 136-3 du présent code et aux dispositions du second alinéa du I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et les contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les	~~*Par dérogation aux dispositions de l'article L. 242-11, des deux premiers alinéas des articles L. 612-4 et L. 633-10 et du deuxième alinéa de l'article L. 136-3 du présent code et aux dispositions du second alinéa du I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et les contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les*~~

collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au plafond de la sécurité sociale, sur une assiette égale à la moitié des revenus concernés, sous réserve des dispositions de l'article L. 756-3. Lorsque leurs revenus sont inférieurs à un montant fixé par décret, ces travailleurs indépendants sont exonérés des cotisations d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 612-4.	~~*collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au plafond de la sécurité sociale, sur une assiette égale à la moitié des revenus concernés, sous réserve des dispositions de l'article L. 756-3. Lorsque leurs revenus sont inférieurs à un montant fixé par décret, ces travailleurs indépendants sont exonérés des cotisations d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 612-4.*~~ **Lorsque leurs revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé à 250 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3, les cotisations et contributions de sécurité sociale, à l'exception des cotisations prévues à l'article L. 635-1, à l'article L. 635-5 et de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au montant annuel du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3, sur une assiette égale aux revenus concernés dont est déduit un abattement fixé dans les conditions suivantes :** **1° L'abattement est fixé à 50 % des revenus concernés lorsque les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé à 110 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 et décroît linéairement à proportion des revenus d'activité pour s'annuler lorsqu'ils atteignent le seuil mentionné au premier alinéa ;** **2° Au titre de la troisième année civile d'activité, l'abattement est fixé à 75 % des revenus concernés et décroît dans les mêmes conditions que celles définies au 1°.** **Cette exonération n'est cumulable avec aucun autre dispositif de réduction ou d'exonération de cotisations, à l'exception de l'exonération prévue au II de l'article L. 756-5 et, le cas échéant, de l'exonération prévue à l'article L. 756-2. Au titre de la troisième année civile d'activité, elle est ajustée au prorata de la partie de l'année civile sur laquelle l'exonération prévue à l'article L. 756-2 ne s'applique pas.**
Article L. 756-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 756-5 modifié du code de la sécurité sociale**
Par dérogation aux dispositions des quatre premiers alinéas de l'article L. 131-6-2, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et les contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, sont calculées, à titre définitif, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires.	~~*Par dérogation aux dispositions des quatre premiers alinéas de l'article L. 131-6-2, Les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et les contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, sont calculées, à titre définitif, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires.*~~
Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6-2, la personne débutant l'exercice d'une activité indépendante non agricole est exonérée des cotisations et contributions, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la	~~*Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6-2, l La personne débutant l'exercice d'une activité indépendante non agricole est exonérée des cotisations et contributions, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la*~~

création de l'activité.	~~*création de l'activité.*~~ **I. – Lorsque leurs revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret, les travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont exonérés des cotisations d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 612-4.** **II. – Les personnes exerçant dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée artisanale, industrielle ou commerciale, sont exonérées du versement de toute cotisation vieillesse lorsque leur revenu d'activité ne dépasse pas un certain montant fixé par décret.**

ARTICLE 8 – Réduction du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité des travailleurs indépendants à faibles revenus

I. Présentation de la mesure

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

a) Réduction du taux d'allocations maladie maternité des travailleurs indépendants à faibles revenus

Les annonces faites par le Président de la République le 29 juin dernier dans le cadre la mise en œuvre de la troisième étape du Pacte de responsabilité et de solidarité prévoient notamment pour les entreprises le relèvement du taux du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) de 6 % à 7 % dès 2017.

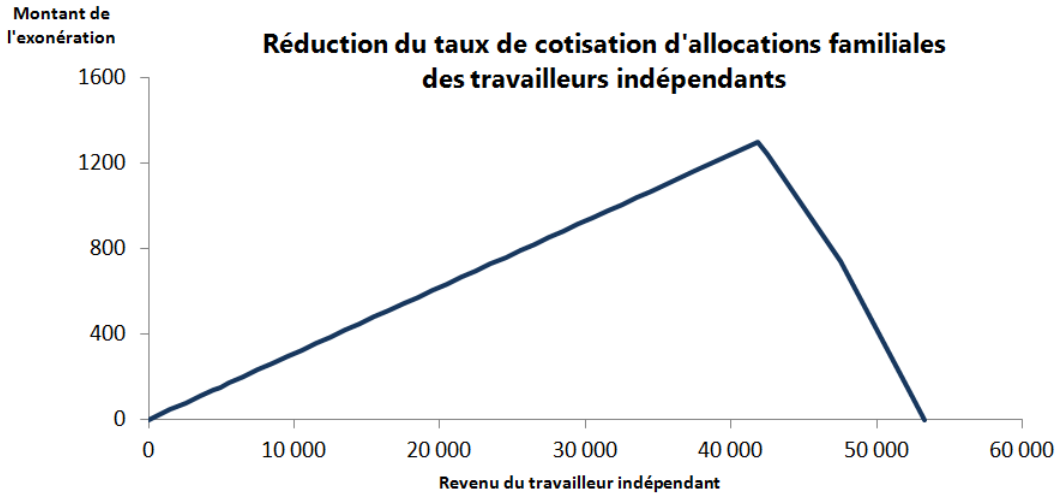
Une telle mesure de renforcement du CICE ne pouvant bénéficier aux travailleurs indépendants, qui n'y sont pas éligibles, le Gouvernement s'est ainsi engagé à prévoir une mesure équivalente spécifique d'allègement des cotisations personnelles au bénéfice de ces derniers, représentant un montant de 150 millions d'euros.

En effet, l'amélioration de l'emploi et le renforcement durable de l'offre productive de la France nécessitent également de réduire les prélèvements sociaux acquittés sur les revenus du travail des artisans, des commerçants et des professions libérales, notamment pour ceux dont les revenus sont les plus faibles.

Depuis 2012, le Gouvernement a fait le constat que la structure des prélèvements sociaux sur les revenus des travailleurs indépendants était fortement dégressive et désavantageai notablement les revenus les plus faibles. Par conséquent, le Gouvernement s'est engagé dans une démarche durable pour diminuer le poids des prélèvements sociaux pesant sur les travailleurs indépendants aux revenus modestes ou moyens tout en accroissant l'équité du système et en renforçant, en parallèle, le niveau de protection sociale des assurés, en particulier en termes de droits à retraite.

Après avoir diminué en 2015 des trois-quarts (de 989 € à 247 €) le montant de la cotisation minimale d'assurance maladie maternité des travailleurs indépendants, le Gouvernement a supprimé totalement cette cotisation minimale dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et son décret du 30 décembre 2015 relatif aux cotisations et contributions des travailleurs indépendants,, en contrepartie d'un relèvement des cotisations minimales d'assurance vieillesse afin de leur permettre l'acquisition garantie de trois trimestres de retraite par an.

A ces dispositions favorables s'ajoute depuis début 2015, dans le cadre de la première étape du Pacte de responsabilité et de solidarité, la réduction du taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles à hauteur de 3,1 points pour les cotisants dont les revenus sont inférieurs à 110 % du PASS (42 500 €), cette réduction étant modulée pour ceux dont les revenus sont situés entre 110 % et 140 % du PASS (54 000 €). Cette mesure a ainsi représenté une baisse structurelle d'un milliard d'euros de prélèvements sociaux en faveur des travailleurs indépendants, sans impact sur les droits des assurés.



En complément des efforts menés en 2016 avec la baisse de 7 points du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité de l'ensemble des exploitants agricoles déjà mise en œuvre (pour un montant global de 480 M€, soit 1 015 € en moyenne par an par chef d'exploitation), il est proposé de poursuivre cette approche de diminution des prélèvements sociaux applicables aux travailleurs indépendants à revenus bas ou moyens en réduisant le taux des cotisations maladie-maternité des artisans, commerçants et professions libérales affiliées au RSI.

Cette mesure s'inscrit dans l'orientation définie par le Président de la République d'un renforcement de la compétitivité de notre économie et de soutien au tissu des travailleurs indépendants qui structurent de nombreux secteurs d'activités.

b) Harmonisation et simplification du barème des cotisations forfaitaires des deux premières années civiles d'activité

Malgré les récentes évolutions apportées par la mise en place d'un mécanisme d'ajustement des cotisations sur la base des revenus de la dernière année connue dès déclaration de ceux-ci auprès des organismes (réforme dite du « 3 en 1), les cotisations forfaitaires des deux premières années d'activité n'ont pas connu de modifications. Ces cotisations sont calculées sur des assiettes respectivement fixées à 19% du PASS (7 340 euros) pour la première année et 27% du PASS (10 430 euros) pour la deuxième année d'activité, et font par la suite l'objet d'une régularisation une fois les revenus de ces deux exercices connus des organismes.

Dans le cadre du nouveau système de régularisation, qui tient compte plus rapidement des revenus réels, le barème des cotisations forfaitaires de deuxième année d'activité n'est plus désormais utilisé qu'au début de cette deuxième année, jusqu'à ce que les revenus réels de la premier année soient connus lors de leur déclaration auprès des organismes (au plus tard en juin de cette deuxième année). La déclaration des revenus de la première année permet alors à la fois la régularisation des cotisations au titre de cette première année civile et l'ajustement de l'échéancier de paiement des cotisations provisionnelles de deuxième année.

Le maintien, pour quelques mois seulement, d'un barème forfaitaire distinct de celui applicable en première année d'activité apparaît inopportun et source de complexité inutile. Il conduit en outre à un ressaut non justifié des cotisations forfaitaires provisionnelles pour une courte période. Enfin, ca situation conduit à une plus grande imprévisibilité pour le cotisant concernant le niveau des cotisations qui lui seront appelées, puisqu'il reçoit aujourd'hui en fin de première année d'activité son échéancier de paiement de début de deuxième année, alors que cet envoi pourrait être anticipé, voire intégré à l'échéancier de première année civile qu'il reçoit lorsqu'il commence son activité.

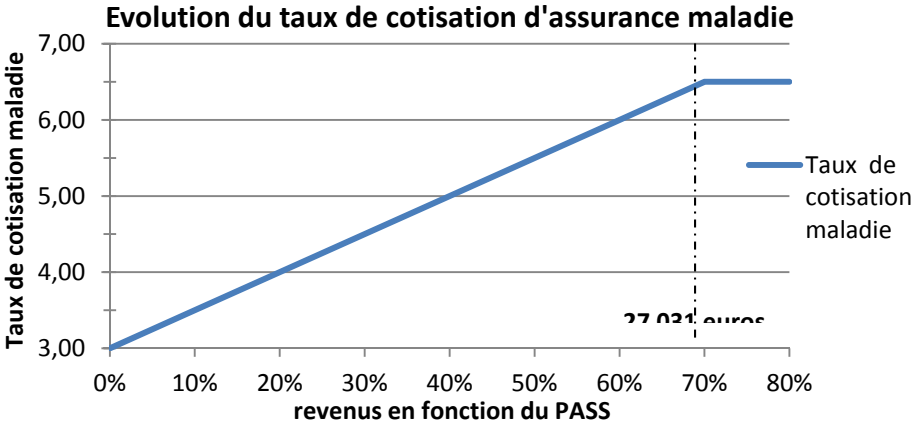
2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

• *Réduction du taux d'allocations maladie maternité des travailleurs indépendants à faibles revenus*

La mesure proposée procède à une réduction du taux des cotisations d'assurance-maladie ciblée sur les travailleurs indépendants affiliés au régime social des indépendants (RSI) ayant les revenus les plus faibles, ce qui est de nature, d'une part, à renforcer la progressivité du niveau global des prélèvements des travailleurs indépendants, et, d'autre part, à cibler les effets de la mesure vers ceux qui en ont le plus besoin sur le plan économique, sans toutefois générer un impact négatif sur leurs droits.

Le dispositif proposé consiste ainsi en une réduction dégressive du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité actuellement fixé à 6,5 % pour l'ensemble des travailleurs indépendants, lorsque les revenus annuels sont inférieurs à 70 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) soit 27 000 euros, qui correspond à des niveaux de revenus moyens des travailleurs indépendants du RSI en 2014 (hors micro-entrepreneurs). Le niveau maximum de réduction de taux serait de 3,5 points, cette réduction diminuant ensuite linéairement jusqu'à ce seuil. Ainsi, avec cette réduction, le taux de la cotisation augmenterait linéairement de 3 % à 6,50 % pour les revenus allant jusqu'à 70 % du PASS (27 000 €) et demeurerait à 6,50 % au-delà. Pour un travailleur indépendant disposant de 15 000 euros de revenus annuels, la mesure représentera ainsi un gain annuel de 234 euros.



Pour les micro-entrepreneurs, le taux global unique de cotisations et contributions sera adapté afin de tenir compte de la réduction de taux de cotisations d'assurance maladie. La réduction appliquée est celle dont aurait bénéficié le micro-entrepreneur au niveau du seuil de perte du bénéfice du dispositif micro-social (soit 82 200 € de chiffre d'affaires pour

les activités de vente et les prestations de services de fourniture de logement et 32 900 € de chiffre d'affaires pour les autres prestations de services) pour un revenu équivalent. Ainsi, en tenant compte de la réduction dégressive du taux de cotisations d'assurance maladie, le taux unique de cotisations des artisans micro-entrepreneur passerait de 23,1 % à 22,4 % en 2017, celui des commerçants passerait de 13,4 % à 13,3 % et celui des micro-entrepreneurs professionnels libéraux de 23 % à 22,4 %.

Ce schéma de réduction présente l'avantage d'un degré de concentration important, avec un effet maximal de baisse de 3,5 points de prélèvements pour des travailleurs indépendants à très faibles revenus, tout en limitant les effets de seuils potentiels du fait de la linéarité de la réduction de taux.

Cette mesure ne concerne pas les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés qui sont affiliés au régime général pour le risque maladie-maternité.

- ***Harmonisation et simplification des cotisations forfaitaires des deux premières années civiles d'activité***

Il est proposé d'harmoniser ce dispositif en fixant un seul barème unique de cotisations forfaitaires couvrant un seul échéancier de cotisations provisionnelles au titre du début d'activité.

Afin de simplifier le démarrage d'activité et de réduire l'effet sur la trésorerie des indépendants du paiement des cotisations provisionnelles au titre du début d'activité, il est proposé d'harmoniser le dispositif actuel en fixant un seul barème unique de cotisations forfaitaires à 19% du PASS, soit le niveau actuel des cotisations forfaitaires de première année civile d'activité.

Ce barème couvrira un échéancier de cotisations provisionnelles transmis lors du démarrage de son activité par le travailleur indépendant et qui portera ses effets jusqu'à la déclaration des revenus de premier année (soit pour une période maximale de 18 mois pour un indépendant débutant son activité en début d'année civile), date à partir de laquelle les cotisations de première année seront régularisées et l'échéancier de paiement des cotisations provisionnelles de deuxième année sera ajusté. L'indépendant ne recevra donc plus deux échéanciers de paiement, l'un lorsqu'il débute son activité, l'autre en fin de la première année civile, mais un seul appel, qui comportera des échéances de paiement stables et prévisibles jusqu'à ce qu'il soit tenu compte de la déclaration des revenus réalisés la première année.

Cette mesure, qui nécessite l'adoption d'un texte réglementaire qui interviendra avant la fin de l'année 2016, représentera à elle seule un effet favorable de 75 M € en trésorerie pour les créateurs d'entreprises au titre du début de deuxième année civile d'activité.

b) Autres options possibles

S'agissant de la réduction du taux maladie en fonction des revenus des indépendants, une option alternative aurait pu consister à reprendre les bornes existantes de 110 % et 140 % du PASS fixées en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 pour la modulation de la cotisation d'allocation familiales. Toutefois, une telle mesure ne répond pas totalement à la nécessité de ciblage des travailleurs indépendants ayant les plus bas revenus, puisqu'elle diluerait son effet sur un nombre de cotisants plus importants et aux revenus plus importants. Une telle option aurait accentué par ailleurs le différentiel de taux applicable entre les deux bornes de revenus de 110 et 140 % du PASS.

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

Ces mesures modifient 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, de la CNAVPL, de la CNBF 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 sont saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

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.

Il convient de rappeler que 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 s'appliquant spécifiquement à ce sujet. La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Rétablissement de l'article L. 612-5 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*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

a) Réduction du taux d'allocations maladie maternité des travailleurs indépendants à faibles revenus

La réduction du taux des cotisations maladie-maternité des travailleurs indépendants de droit commun minore les cotisations dues par ces cotisants dont les revenus sont inférieurs à 70 % du PASS (27 000 euros), pour un coût annuel de 150 millions d'euros dès 2017, dont 22 millions d'euros pour les travailleurs indépendants en micro-entreprise.

Cette mesure concerne ainsi 1,8 million de cotisants au RSI (dont 600 000 micro-entrepreneurs), soit près de 58 % des artisans, commerçants et professions libérales de droit commun et tous les micro-entrepreneurs

Enfin, l'harmonisation du barème des cotisations forfaitaires de début d'activité permet un effet favorable en trésorerie de l'ordre de 75 M d'euros au cours du premier semestre de la deuxième année d'activité.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Réduction taux		- 150 M€	- 150 M€	- 150 M€	- 150 M€

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

L'impact financier pour la sécurité sociale correspond à l'impact avant la compensation par l'Etat de la perte de recettes occasionnée dont les modalités seront précisées dans le cadre des projet de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

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

a) impacts économiques

Mesure réduction du taux : cette mesure s'inscrit dans la logique de renforcement de la compétitivité de notre économie conformément aux ambitions du Pacte de responsabilité et de solidarité.

Mesure cotisations forfaitaire : cette mesure conduit à réduire le poids des cotisations forfaitaires dues en début d'activité.

b) impacts sociaux

Les droits sociaux des assurés ne sont pas modifiés par la mesure.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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

Cette mesure n'implique pas de démarche spécifique pour les travailleurs indépendants concernés par le nouveau dispositif dans la mesure où les cotisations sont recouvrées par voie d'appel par le RSI dans le cadre de l'interlocuteur social unique (ISU). Il n'y a donc aucune formalité nouvelle à prévoir pour les cotisants, qui devront déclarer leurs revenus d'activité indépendante via la DSI (déclaration sociale des indépendants) dans les mêmes conditions qu'à présent, afin de bénéficier de ce dispositif. La réduction s'appliquera dans le cadre de la procédure de recouvrement, lors de l'appel et du paiement des cotisations provisionnelles et des régularisations.

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

La mesure nécessitera pour les caisses un paramétrage dans le système d'information de la branche du recouvrement afin d'intégrer dans le calcul les nouveaux taux des cotisations maladie-maternité découlant de cette mesure. L'existence d'une réduction de taux linéairement dégressive pour les cotisations d'allocations familiales n'ajoute pas de complexité particulière en termes de configuration informatique et de mise en œuvre par les services de la branche.

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 d'application devra fixer le seuil de revenus jusqu'auquel la mesure est applicable et décrire la dégressivité de la réduction de taux de la cotisation maladie-maternité. Il pourra être codifié par un rétablissement d'un article D. 612-5 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions réglementaires seront modifiées pour permettre l'harmonisation des barèmes des cotisations forfaitaires de première année.

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

Ces mesures entreront en vigueur au titre des cotisations dues pour la période courant à compter du 1er janvier 2017.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les nouvelles dispositions feront l'objet d'une information aux cotisants, notamment dans le cadre des courriers d'appels pour le paiement des cotisations à compter de 2017.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de la mise en œuvre des impacts de cette mesure sera effectué à l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale ainsi que lors de l'établissement des comptes de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 612-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 612-5 rétabli du code de la sécurité sociale
Abrogé	**Le taux des cotisations mentionnées à l'article L. 612-4 es travailleurs indépendants non agricoles affiliés au gime d'assurance maladie-maternité prévu à l'article L. .3-1 et dont les revenus d'activité sont inférieurs à un uil fixé par décret fait l'objet d'une réduction dans la nite de 3 points qui décroît à proportion de ces revenus, ns des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette duction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif e réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, 'exception de celui prévu à l'article L. 242-11.**

ARTICLE 9 – Réforme du recouvrement des cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants

I. Présentation de la mesure

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

L'interlocuteur social unique (ISU), institué par l'ordonnance du 8 décembre 2005, a été créé afin de simplifier le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les artisans et commerçants affiliés au régime social des indépendants (RSI), qui acquittaient auparavant leurs cotisations auprès de multiples organismes distincts. Il détermine par conséquent les modalités de recouvrement et les organismes responsables du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par ces populations.

Plus précisément, l'article L. 133-6, qui crée un interlocuteur social unique, prévoit que les caisses du RSI en assurent les missions. Toutefois, le même article prévoit que ces missions peuvent être déléguées pour certaines d'entre elles à la branche du recouvrement du régime général, agissant « pour le compte et sous l'appellation » du RSI.

Mis en place en 2008, le processus de recouvrement dans le cadre de l'ISU est organisé comme suit :

Les caisses du RSI effectuent la gestion de l'ISU pour certains domaines dans le cadre d'une compétence propre, à savoir :

- l'affiliation des créateurs d'entreprise
- la gestion de la déclaration annuelle des revenus d'activité professionnelle,
- le recouvrement contentieux et le contentieux du recouvrement,
- ainsi que l'action sociale en faveur des cotisants rencontrant des difficultés de paiement, pour laquelle un fonds spécifique a été créé ainsi qu'une commission ad hoc ;

Certains domaines du recouvrement, bien que relevant de la compétence propre du RSI, sont obligatoirement délégués aux URSSAF et CGSS :

- le calcul et l'encaissement des cotisations,
- le recouvrement amiable jusqu'à l'envoi de la mise en demeure (soit les 30 premiers jours),
- ainsi que le contrôle dont les orientations tout comme celles du recouvrement restent cependant définies par la caisse nationale du RSI.
- L'accueil et l'information des cotisants, bien que restant de la compétence du RSI, sont également assurés en pratique dans les URSSAF.

Ce système de répartition des différentes activités du recouvrement s'est rapidement avéré inopérant et sa complexité est l'un des facteurs majeur de la crise générée en 2008 lors de sa mise en place. Face aux dysfonctionnements, les pouvoirs publics ont décidé de mettre en place des équipes opérationnelles issues à la fois des caisses du RSI et des URSSAF pour travailler ensemble, en un même lieu, aux missions qui leurs sont confiées. Le décret du 8 juillet 2013 a ainsi prévu la mise en œuvre au niveau national et au niveau régional de conventions « permettant le traitement de bout en bout en commun de la gestion du recouvrement des cotisations auprès du public des artisans et des commerçants. » Signée le 31 juillet 2013, la convention nationale a permis de s'approcher d'une unification du recouvrement, par-dessus la répartition des compétences entre les réseaux. Ces évolutions ont permis une maîtrise et une résorption des dysfonctionnements, comme l'a montré dès juin 2014 le rapport d'information des sénateurs MM. Jean-Noël Cardoux et Jean-Pierre Godefroy.

Plus récemment suite à la remise de plusieurs rapports congruents sur le sujet, notamment celui remis par les députés Mme Sylviane Bulteau et M. Fabrice Verdier en septembre 2015, le Gouvernement a engagé 20 actions en faveur des assurés du RSI dont l'objectif est de fournir aux 6,3 millions d'assurés de ce régime un service de qualité et par voie de conséquence d'améliorer les relations entre les travailleurs indépendants et leur organisme de protection sociale.

Ces mesures concrètes s'articulent autour de 3 priorités : l'amélioration de la qualité des relations du RSI avec ses assurés, qu'elles soient téléphoniques, écrites ou effectuées via un médiateur de terrain, l'amélioration de la qualité de service, notamment par la simplification des démarches pour les assurés, et l'adaptation des procédures de recouvrement, ainsi en assouplissant les étapes du recouvrement amiable afin d'apporter une réponse graduée et adaptée aux cotisants.

Le suivi de la mise en œuvre de ces mesures au plus près des attentes des assurés et de leurs besoins, qui pour certaines d'entre elles étaient déjà ou ont été immédiatement mises en œuvre, comme l'ajustement des cotisations au plus près des revenus ou l'amélioration de l'accueil téléphonique, est assuré par un comité de suivi réuni autour de MM.

Fabrice Verdier, président et Jean-Noël Cardoux, vice-président. Ce comité est composé de parlementaires qui ont travaillé depuis 2012 dans le sens du redressement de ce régime, des représentants des organisations professionnelles intéressées, les administrations et organismes de sécurité sociale concernés ainsi qu'un panel représentatif de travailleurs indépendants affiliés au RSI.

Dans la continuité des actions engagées jusqu'à présent, il est désormais nécessaire de mettre en place une organisation réellement conjointe des processus de recouvrement entre les deux réseaux afin de renforcer le service rendu aux usagers. En effet, le rapport des députés Mme Sylviane Bulteau et M. Fabrice Verdier souligne que la répartition complexe des compétences entre les deux réseaux demeure une limite importante pour améliorer durablement la qualité de services, malgré les nombreuses améliorations apportées depuis 2012 pour garantir la coordination du travail.

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

a) Mesure proposée

Dans ce contexte, il est proposé de mettre un terme au fractionnement du processus du recouvrement, qui s'est avéré préjudiciable aux assurés et impraticable pour les organismes. La période récente a mis en exergue le caractère incontournable d'une collaboration très étroite entre les deux réseaux, la mise en commun des compétences s'avérant indispensable pour assurer un service de qualité de bout en bout. Cette chaîne de commandement unifiée impose une organisation radicalement différente de la répartition des tâches actuelles, peu lisible et qui favorise l'émiettement et la dilution des responsabilités.

Afin d'améliorer le recouvrement des cotisations et contributions, il est proposé un dispositif qui comporte trois volets, dont les deux premiers impliquent des évolutions législatives :

- un volet affirmant le principe de la responsabilité conjointe des deux réseaux, RSI et ACOSS, dans la mise en œuvre du recouvrement dans son ensemble, et non plus sur les seules compétences techniques dévolues par la loi ou déléguées par le RSI ;

- un volet qui tire les conséquences de ce principe dans l'organisation des deux réseaux, en créant un directeur national du recouvrement, qui s'appuiera au niveau local sur des responsables locaux et aura autorité sur les moyens nécessaires à l'exercice des compétences qui lui sont confiées ;

- un volet qui consiste à faire évoluer les systèmes d'information et leur pilotage nécessaires à la gestion du recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants, afin de disposer d'un système dédié à cette population, plus souple et réactif pour assurer la mise en œuvre optimale des mesures législatives et réglementaires qui les concernent et améliorer la qualité de service, notamment par le développement des services en ligne.

Cette mesure prendra effet au 1er janvier 2017.

• *1er volet : Réaffirmer la responsabilité partagée des deux réseaux RSI et ACOSS dans la mise en œuvre du recouvrement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants*

Il est ainsi proposé de revenir sur la logique qui a présidé jusqu'alors consistant en une attribution de compétences aux caisses du RSI et une délégation de certaines d'entre elles aux URSSAF, logique complexe et devenue par ailleurs peu conforme à la réalité des pratiques des organismes sur un certain nombre d'aspects (exemple notamment du recouvrement qui passe des URSSAF vers le RSI après le 30ème jour suivant la date d'exigibilité, dualité qui n'a plus cours aujourd'hui).

L'ensemble des textes issus de l'ordonnance de 2005 sont abrogés et remplacés par des dispositions nouvelles.

Ainsi, les deux réseaux seront pleinement compétents, à égalité et de manière permanente, sur l'ensemble du processus de recouvrement :

- L'accueil du public ;
- Les opérations relatives à la déclaration sociale des revenus des travailleurs indépendants ;
- Les opérations de calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants relevant de l'ISU ;
- Le recouvrement amiable ;
- La gestion des réclamations ;
- Le contentieux du recouvrement.

En pratique, certaines compétences aujourd'hui juridiquement exercées exclusivement par les caisses du RSI, comme le recouvrement forcé et le contentieux du recouvrement, seront partagées.

L'établissement par la loi d'une responsabilité partagée aura notamment pour effet de faciliter l'aboutissement des réformes des processus de gestion entamés depuis 2013. En effet, les moyens sont déjà souvent mis en commun pour l'accueil et l'information des assurés, la gestion de leurs comptes ou le recouvrement amiable.

Pour des raisons de cohérence et d'efficacité, il est toutefois nécessaire de réserver à l'un des deux réseaux la compétence exclusive dans certains domaines :

- Le RSI restera seul responsable de l'affiliation des travailleurs indépendants à la sécurité sociale. Cette mission est aujourd'hui centralisée en un site unique. De même, le RSI restera seul responsable des opérations d'action sociale en faveur de ses assurés, notamment les aides aux paiements des cotisations et contributions, qu'il s'agisse des cotisations d'assurance maladie, vieillesse, mais également des cotisations famille ou de la CSG et de la CRDS, en cas de difficultés économiques et sociales ou événements de force majeure, aujourd'hui largement confiées aux partenaires sociaux. Enfin, les commissions de recours amiables du RSI sont seules compétentes pour examiner les recours portant sur l'ensemble des cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles.
- La branche du recouvrement du régime général sera entièrement responsable de la détermination des orientations et de la réalisation des opérations de contrôle, ainsi que des opérations comptables. Ces opérations apparaissent détachables compte tenu de la nature des effectifs concernés, qui constituent une unité au sein du réseau URSSAF.

- ***2ème volet : Asseoir un pilotage national conduit par un directeur responsable du recouvrement, répondant au directeur du RSI et de l'ACOSS et s'appuyant au niveau local sur des responsables locaux uniques***

Cette responsabilité partagée doit conduire à une réforme du pilotage des missions de recouvrement, afin d'assurer une unicité de décision et de mise en œuvre, par la désignation d'un directeur national unique, responsable de l'ensemble du processus du recouvrement pour les travailleurs indépendants relevant du RSI.

Le directeur national sera nommé par le directeur du RSI et le directeur de l'ACOSS. Il interviendra en conséquence sous leur autorité et leur contrôle.

Ce directeur national sera en charge de la qualité de la production, des résultats du recouvrement, de la qualité du service rendu aux cotisants, de l'animation des équipes régionales, sur l'ensemble des processus gérés conjointement. Il assurera la maîtrise d'ouvrage du système d'information utilisé pour les travailleurs indépendants relevant du RSI et veillera à la mise en œuvre opérationnelle des décisions prises, notamment en s'assurant de la mobilisation des moyens humains et techniques adaptés. Cette meilleure articulation entre la politique de recouvrement et le système d'information qui la soutient constitue un élément essentiel des modalités du recouvrement de cette population.

Le directeur national rendra compte aux directeur général de la Caisse nationale du RSI et au directeur de l'ACOSS ainsi qu'aux conseils d'administration des deux organismes nationaux.

Le directeur national s'appuiera au niveau local sur des responsables locaux nommés conjointement par les directeurs de l'ACOSS et de la CNRSI, sur sa proposition. Au plan local, ce responsable travaillera sous la responsabilité des deux directeurs locaux.

La responsabilité conjointe des missions impliquera qu'au niveau local, le responsable régional recevra délégation de signature des directeurs des caisses locales impliquées. Ainsi les différents actes faisant grief (mise en demeure, contrainte) porteront sa signature et matérialiseront donc la responsabilité des deux réseaux.

- ***3ème volet : Adapter les systèmes d'information et le pilotage des systèmes d'information aux spécificités de la gestion du recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants***

Le directeur national sera responsable de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information et devra s'assurer de la mise en œuvre des actions nécessaires à leur fonctionnement.

Cette mission s'exercera dans un contexte d'évolution de l'organisation actuelle des relations entre l'ACOSS et le RSI en matière informatique, et des travaux d'expertise à engager en 2017 d'un « découplage » au sein du système d'information de l'ACOSS et des URSSAF (SNV2) dans l'objectif de faciliter les évolutions séparées et de mieux tenir compte des spécificités des travailleurs indépendants.

b) Autres options possibles

Une option qui n'a pas été retenue aurait été d'envisager une modification substantielle de la structuration du recouvrement par la création d'une entité juridique ad hoc dédiée au recouvrement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants, distincte du RSI comme de la branche recouvrement. Compte tenu de ses conséquences importantes en termes de système d'information et des effets très complexes d'une réforme purement institutionnelle sans que les gains escomptés soient avérés, cette option n'a pas été choisie.

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

Cette mesure modifie les modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées au régime général de sécurité sociale, au régime agricole et au régime social des indépendants. Elle prend place, à ce titre, dans 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 sont 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 sont 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 ?

Il convient de rappeler que 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 s'appliquant spécifiquement à ce sujet la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Modification des articles L. 133-6, L. 133-6-2 à L. 133-6-5, L. 136-5, L. 213-1, L. 225-1-1, L. 243-7, L. 611-4, L. 611-8, L. 611-16 et L. 611-20 du code de la sécurité sociale ainsi que l'article L. 6331-51 du code du travail.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Abrogation de l'ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette mesure n'emporte en tant que telle pas d'impact financier : elle a vocation à clarifier les responsabilités respectives des deux réseaux en charge du recouvrement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants relevant du RSI.

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

a) impacts économiques

L'objectif principal de la mesure est de mettre en place des modalités efficaces du recouvrement qui associent pleinement les deux réseaux, RSI et ACOSS, afin de mettre un terme aux dysfonctionnements que certains cotisants ont connu dans le cadre du parcours de recouvrement des créances de l'interlocuteur social unique.

b) impacts sociaux

Sans objet.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet ;

c) impacts sur l'environnement

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

Il s'agit de clarifier les modalités du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants afin de mettre à la disposition des cotisants un service public efficace et de qualité, leur permettant de se consacrer au développement de leur activité économique.

Le directeur national veillera en particulier au caractère adapté des dispositifs de recouvrement aux travailleurs indépendants, ainsi qu'à la bonne articulation entre le recouvrement et les droits associés.

S'agissant par ailleurs des compétences relevant de l'un des deux réseaux, le directeur national sera associé à la définition des orientations stratégiques par chacun des réseaux responsables. Il pourra faire toute proposition afin de s'assurer de la bonne coordination des activités relevant de l'un ou l'autre réseau, afin de garantir la cohérence globale du processus du recouvrement des travailleurs indépendants.

Du point de vue de l'usager, il n'y aura pas de perturbation en termes de front office, les correspondances continuant d'indiquer les coordonnées d'un interlocuteur et les numéros nationaux demeurant les mêmes.

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

Cette mesure vise à affirmer, aux côtés des caisses du RSI, la co-responsabilité du réseau ACOSS dans le recouvrement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants.

Le directeur relèvera des deux réseaux URSSAF et RSI. Ainsi, il interviendra sous l'autorité du directeur général de la caisse nationale du RSI et du directeur de l'ACOSS. Il assurera ses fonctions, découlant de l'article L.133-1-1 (animation du réseau, décisions de gestion et informatiques, relations avec les tiers, échanges avec le conseil d'administration…)

dans l'environnement de chacun des organismes. Ainsi, il pourra signer certains actes par une délégation de chaque directeur, lorsque ces missions le nécessitent.

De manière similaire, le responsable local du recouvrement appartiendra aux deux réseaux RSI et URSSAF, tout en insérant son action dans l'environnement propre à chaque organisme sous la responsabilité des directeurs locaux.

Il animera les équipes conjointes regroupant des agents des caisses locales du RSI et des URSSAF. De manière pratique, les nouveaux responsables locaux pourraient s'appuyer sur les unités locales existantes. En effet, l'organisation locale définie notamment par les conventions de gestion régionale ISU de 2013 a déjà conduit à regrouper au sein d'unités dédiées aux travailleurs indépendants des agents des deux réseaux (RSI et URSSAF) afin de gérer les activités de recouvrement, de bout en bout. En pratique, il existe déjà dans certaines régions des coordonnateurs uniques, émanant soit des URSSAF soit des caisses du RSI, qui pourraient assurer cette mission.

L'échelon de pilotage local pourrait être celui des futures circonscriptions des caisses de base du RSI à compter du 1er janvier 2019 dans la mesure où, en application de la LFSS pour 2016, le RSI fonctionnera dès 2017 sur la base des futures circonscriptions, nonobstant le maintien d'une pluralité de conseils d'administration.

S'agissant des systèmes d'information, l'organisation actuelle des relations entre l'ACOSS et le RSI en matière informatique évoluera pour mieux prendre en compte les besoins des travailleurs indépendants :

- Dans un premier temps, une formalisation partagée des relations entre les équipes sera établie, afin de garantir la mobilisation des ressources nécessaires et clairement identifiées, un meilleur énoncé des attentes, une prise en compte en amont des attentes et besoins spécifiques de la population des indépendants et une meilleure qualité des développements. Les processus de recette, de sécurisation et de validation des évolutions informatique seront établis sous le contrôle de la direction nationale en charge du recouvrement, pour plus d'efficacité.
- En parallèle, la perspective d'un « découplage » au sein du système d'information de l'ACOSS et des URSSAF (SNV2) devra être expertisée dans l'objectif de faciliter les évolutions séparées et de mieux tenir compte des spécificités des travailleurs indépendants. Les travaux préparatoires seront engagés pour 2017, en mobilisant les équipes des deux réseaux et en prenant en compte, en priorité, les besoins d'amélioration de la qualité de services aux assurés. En effet, le recours pour la gestion des cotisations des indépendants au système d'information également utilisé pour le recouvrement des cotisations des employeurs, qui s'effectue dans des conditions très différentes, occasionne des rigidités et lourdeurs dans la mise en œuvre des évolutions réglementaires.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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 2017.

Les décrets d'application de l'ordonnance de 2005 devront être modifiés pour tenir compte des nouvelles modalités structurantes du recouvrement. Les conventions RSI/ACOSS devront par ailleurs être revues. Enfin, afin de tenir compte des éléments de position statutaire, des modifications sont à prévoir s'agissant des dispositions relatives au directeur national du recouvrement et éventuellement aux responsables locaux.

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

Dans la mesure où il s'agit de mettre en place de nouveaux processus du recouvrement qui s'appuieront sur des habitudes de travail déjà conjointes, les principales dispositions de la mesure n'emportent pas nécessité d'une entrée en vigueur différée et il est prévu une application au 1er janvier 2017.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une campagne de communication sera faite par les deux réseaux.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de la mise en œuvre de cette mesure sera demandé au nouveau directeur national et aux deux réseaux. Il sera rendu compte de manière régulière au directeur de la sécurité sociale d'une part de la mise en œuvre de la mesure proposée modifiant l'organisation du recouvrement et d'autre part du suivi de la production.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 133-6 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-6 modifié du code de la sécurité sociale**
Les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales disposent d'un interlocuteur social unique pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales, dont elles sont redevables à titre personnel, mentionnées aux articles L. 131-6, L. 136-3, L. 612-13, L. 635-1 et L. 635-5 du présent code, aux articles L. 6331-48 à L. 6331-52 du code du travail et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Les caisses de base du régime social des indépendants créé par le titre Ier du livre VI exercent cette mission de l'interlocuteur social unique.	**Abrogé**
Article L. 133-6-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-6-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Le régime social des indépendants affilie les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-6. Il affilie également les membres des professions libérales au titre de la branche maladie et maternité du régime.	**Abrogé**
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. 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	**Abrogé**

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. 133-6-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-6-3 modifié du code de la sécurité sociale**
Le régime social des indépendants délègue aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les exercent pour son compte et sous son appellation, les fonctions suivantes : 1° Le calcul et l'encaissement des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales. Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 transmettent le montant des cotisations et contributions sociales encaissées à l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, qui transfère à la Caisse nationale du régime social des indépendants le produit des cotisations lui revenant ; 2° La participation à l'accueil et à l'information des personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, dans le cadre d'une convention type signée avec les caisses de base du régime social des indépendants.	**Abrogé**
Article L. 133-6-4 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-6-4 modifié du code de la sécurité sociale**
I.-Le régime social des indépendants définit les orientations du recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales. Le régime social des indépendants assure le recouvrement amiable des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales. Il peut déléguer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui agissent pour son compte et sous son appellation, tout ou partie du recouvrement amiable des cotisations et contributions sociales. Le régime social des indépendants assure le recouvrement contentieux des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, conformément aux dispositions du chapitre IV du titre IV du livre II. II.-A défaut d'encaissement à la date d'échéance ou à la	**Abrogé**

date limite de paiement lorsque celle-ci est distincte, la mise en demeure prévue à l'article L. 244-2 invitant le cotisant à régulariser sa situation est transmise par la caisse du régime social des indépendants chargée du contentieux. En l'absence de régularisation et sauf réclamation introduite devant la commission de recours amiable de la caisse de base du régime social des indépendants, la caisse chargée du contentieux adresse la contrainte mentionnée à l'article L. 244-9. III.-En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales du régime social des indépendants, les contributions mentionnées aux articles L. 136-3 et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.	
Article L. 133-6-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-6-5 modifié du code de la sécurité sociale**
Le régime social des indépendants définit les orientations en matière de contrôle. Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et des contributions des personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales est délégué, par dérogation à l'article L. 611-16, aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et s'exerce dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre 3 du titre IV du livre II.	**Abrogé**
Article L. 133-6-6 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-6-6 modifié du code de la sécurité sociale**
Il est créé auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants un Fonds national d'action sociale destiné à financer des actions pour venir en aide aux travailleurs indépendants appartenant aux groupes professionnels mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3, éprouvant des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales dues auprès de ce régime. Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de représentants du conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5 et désignés en son sein. Un décret en Conseil d'Etat fixe le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.	**Abrogé**

	Livre Ier, Titre III, chapitre 3, Section 2 : Organisation du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants.
	Article. L. 133-1-1 nouveau du code de la sécurité sociale
	I.- Le recouvrement des cotisations et contributions sociales, dues à titre personnel, à l'exception de celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3, par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, relève de la compétence des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1, L. 611-4, L. 611-8 et L. 752-4. **II.- Pour la réalisation de cette mission, le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement un directeur national chargé du recouvrement auquel ils délèguent leur signature.** **Ce directeur est responsable, au niveau national, du pilotage et de l'organisation du recouvrement. Il fixe les orientations et l'organisation selon lesquelles les missions prévues à l'article L. 133-1-2 sont assurées.** **Le directeur national est associé à la préparation et au suivi de l'exécution de la convention mentionnée à l'article L. 227-1 conclue par les organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 avec l'Etat en ce qui concerne les objectifs et les moyens du recouvrement.** **Il est responsable de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information concourant au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées au I du présent article et s'assure de la mise en œuvre des actions nécessaires à leur fonctionnement.** **Il rend compte aux conseils d'administration des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 de la situation générale du recouvrement.** **III - Le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement des responsables locaux chargés du recouvrement, relevant de la direction de la caisse de base du régime social des indépendants et des organismes mentionnés aux articles. L 213-1 et L. 752-4, sur proposition de ces directions et après avis du directeur national mentionné au II. Ils sont chargés d'organiser, dans le respect des directives fixées par ce directeur, l'activité des caisses de base du régime social des indépendants**

	et des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 pour l'accomplissement des missions prévues à l'article L. 133-1-2. Les directeurs des mêmes organismes leur délèguent leur signature à cette fin.
	Article L. 133-1-2 nouveau du code de la sécurité sociale
	Les caisses de base du régime social des indépendants et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 assurent, s'agissant des personnes mentionnées à l'article L. 611-1, les missions suivantes : **1° La collecte et le traitement des déclarations de revenus ;** **2°Le calcul et l'encaissement des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1;** **3° Le recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-1-1;** **4° Le traitement des demandes et réclamations ;** **5° Le traitement des demandes mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 133-6-9° ;** **6° La gestion du contentieux du recouvrement des cotisations et contributions, à l'exception des recours formés dans le cadre des articles L. 142-1 et suivants qui sont examinés par les commissions de recours amiable des caisses de base du régime social des indépendants ;** **7° L'accueil et l'information.**
	Article L. 133-1-3 nouveau du code de la sécurité sociale
	Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et des contributions des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 est exercé par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et s'exerce dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre 3 du titre IV du livre II.
	Article L. 133-1-4 nouveau du code de la sécurité sociale
	En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales du régime social des indépendants, les contributions mentionnées aux articles L. 136-3 du présent code et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.

	Article L. 133-1-5 nouveau du code de la sécurité sociale
	Le Fonds national d'action sociale institué auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants est chargé de financer des actions pour venir en aide aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1, éprouvant des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales dues auprès de ce régime. **Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de membres du conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5 désignés en son sein.** **Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article et notamment le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.**
	Article L. 133-1-6 nouveau du code de la sécurité sociale
	La comptabilisation des produits et des charges, ainsi que des éléments d'actif et de passif afférents, qui découlent des opérations de recouvrement des cotisations et contributions sociales effectuées en application des dispositions de la présente section, est réalisée à l'échelon local par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. **L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale combine les produits et les charges liés à ces opérations, ainsi que les éléments d'actif et de passif afférents. Elle les notifie à l'organisme mentionné à l'article L. 611-4, qui procède à leur enregistrement dans ses comptes, selon les mêmes règles d'évaluation et de présentation.**
	Article L. 133-5-2 nouveau (rétabli) du code de la sécurité sociale
	Les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales.
Article L. 133-6-9 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L.133-6-9 modifié du code de la sécurité sociale**
I. - Les organismes du régime social des indépendants se prononcent de manière explicite sur toute demande d'un	I Les organismes du régime social des indépendants se prononcent de manière explicite sur toute demande d'un

cotisant ou futur cotisant relevant de ce régime en application de l'article L. 611-1, ayant pour objet de connaître l'application à sa situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel et aux conditions d'affiliation au régime social des indépendants.	cotisant ou futur cotisant relevant de ce régime en application de l'article L. 611-1, ayant pour objet de connaître l'application à sa situation de la législation relative ~~*aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel et*~~ aux conditions d'affiliation au régime social des indépendants. **Ils sont également compétents pour se prononcer avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 sur les demandes des personnes mentionnées au premier alinéa, relatives à** l'application à **leur** situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel.
II. - La décision explicite intervient dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat. Ce décret peut également prévoir les modalités suivant lesquelles certaines demandes qu'il détermine peuvent faire l'objet de décisions d'acceptation tacite.	II. - La décision explicite intervient dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat. Ce décret peut également prévoir les modalités suivant lesquelles certaines demandes qu'il détermine peuvent faire l'objet de décisions d'acceptation tacite.
Lorsqu'à l'issue du délai imparti l'organisme de recouvrement n'a pas notifié au demandeur sa décision, il ne peut être procédé à un redressement de cotisations ou contributions sociales, fondé sur la législation au regard de laquelle devait être appréciée la situation de fait exposée dans la demande, au titre de la période comprise entre la date à laquelle le délai a expiré et la date de la notification de la réponse explicite.	Lorsqu'à l'issue du délai imparti l'organisme de recouvrement n'a pas notifié au demandeur sa décision, il ne peut être procédé à un redressement de cotisations ou contributions sociales, fondé sur la législation au regard de laquelle devait être appréciée la situation de fait exposée dans la demande, au titre de la période comprise entre la date à laquelle le délai a expiré et la date de la notification de la réponse explicite.
La décision ne s'applique qu'au seul demandeur et est opposable pour l'avenir à l'organisme qui l'a prononcée, tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation du demandeur a été appréciée n'ont pas été modifiées.	La décision ne s'applique qu'au seul demandeur et est opposable pour l'avenir à l'organisme qui l'a prononcée, tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation du demandeur a été appréciée n'ont pas été modifiées.
Un cotisant affilié auprès d'un nouvel organisme peut se prévaloir d'une décision explicite prise par l'organisme dont il relevait précédemment tant que la situation de fait exposée dans sa demande ou la législation au regard de laquelle sa situation a été appréciée n'ont pas été modifiées.	Un cotisant affilié auprès d'un nouvel organisme peut se prévaloir d'une décision explicite prise par l'organisme dont il relevait précédemment tant que la situation de fait exposée dans sa demande ou la législation au regard de laquelle sa situation a été appréciée n'ont pas été modifiées.
Un rapport est réalisé chaque année sur les principales questions posées et les réponses apportées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	Un rapport est réalisé chaque année sur les principales questions posées et les réponses apportées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.
III. - La demande du cotisant ne peut être formulée lorsqu'un contrôle a été engagé en application de l'article L. 133-6-5 ou lorsqu'un contentieux en rapport avec cette demande est en cours.	III. - La demande du cotisant ne peut être formulée lorsqu'un contrôle a été engagé en application de ~~*l'article L. 133-6-5*~~ **l'article L. 133-1-3** ou lorsqu'un contentieux en rapport avec cette demande est en cours. ~~*Le régime social des indépendants délègue aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, dans les matières pour lesquelles ils agissent pour son compte et sous son appellation, le traitement de toute demande relative aux exonérations mentionnées au I, ou relatives aux matières qui relèvent de leur compétence propre.*~~

Le régime social des indépendants délègue aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, dans les matières pour lesquelles ils agissent pour son compte et sous son appellation, le traitement de toute demande relative aux exonérations mentionnées au I, ou relatives aux matières qui relèvent de leur compétence propre. Ces organismes se prononcent dans les mêmes conditions sur les demandes relatives aux matières qui relèvent de leur compétence propre. Lorsque ces organismes, dans les matières mentionnées au deuxième alinéa du III alinéa, ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 611-8, entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant. Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de la Caisse nationale du régime social des indépendants. Celle-ci transmet aux organismes sa position quant à l'interprétation à retenir. Ceux-ci la notifient au demandeur dans le délai d'un mois de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours.	~~*Ces organismes se prononcent dans les mêmes conditions sur les demandes relatives aux matières qui relèvent de leur compétence propre.*~~ **IV. -** Lorsque les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4 entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant. Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention **de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 dans les matières relevant de l'affiliation au régime social des indépendants et celle des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 dans les matières relevant des exonérations de cotisations sociales. Ceux-ci transmettent leur** position quant à l'interprétation à retenir aux organismes mentionnés au premier alinéa du présent IV qui la notifient au demandeur dans le délai d'un mois de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours.
Article L. 136-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 136-5 modifié du code de la sécurité sociale**
I.-Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations. Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-	I.-Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations. Pour les personnes ~~*exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ **mentionnées à l'article L. 611-1,** la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux

6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à faire tout contrôle sur le versement de la contribution dans les conditions fixées au chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. (…)	dispositions prévues ~~*à l'article L. 133-6-4*~~ **aux articles L. 133-1-1 et suivants,** en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à faire tout contrôle sur le versement de la contribution dans les conditions fixées au chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. (…)
Article L. 213-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 213-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Des unions de recouvrement assurent : 1° Le recouvrement des cotisations 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 des professions non agricoles et les travailleurs indépendants non agricoles ; 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°.	Des unions de recouvrement assurent : 1° Le recouvrement des cotisations 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 des professions non agricoles et les travailleurs indépendants ~~*non agricoles*~~ **mentionnés à l'article L. 611-1 ;** 3° ~~*Une partie du*~~ **Avec les caisses de base du régime social des indépendants, le** recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes ~~*exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ **mentionnées à l'article L. 611-1,** dans les conditions prévues aux articles ~~*L. 133-6-2, L. 133-6-3 et L. 133-6-4*~~ **L. 133-5-2, L. 133-1-2 et L. 133-1-3;** 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*~~ **2° de l'article L. 611-1** 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°.

	7° Le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2° et 5° ainsi que, avec les organismes mentionnés à l'article L. 611-8, le contentieux du recouvrement prévu au 3° ;
Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.	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.	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.	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 L. 225-1-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 225-1-1 modifié du code de la sécurité sociale**
L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :	L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :
1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;	1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;
2° De définir ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ;	2° De définir ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale **y compris pour le recouvrement prévu aux articles L. 133-1-1 et suivants** ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ; **ces orientations sont coordonnées en ce qui concerne les cotisations dues par les employeurs avec celles fixées conjointement avec la Caisse nationale du régime social des indépendants dans le cadre des dispositions des articles L. 133-1-1 et suivants pour les cotisations dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1.**
2° bis De coordonner ses orientations en matière de recouvrement contentieux des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre de leurs salariés, avec celles définies, en application du I de l'article L. 133-6-4, par le régime social des indépendants pour leurs cotisations et contributions sociales personnelles ;	~~*2° bis De coordonner ses orientations en matière de recouvrement contentieux des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre de leurs salariés, avec celles définies, en application du I de l'article L. 133-6-4, par le régime social des indépendants pour leurs cotisations et contributions sociales personnelles ;*~~
3° Dans les cas prévus par la loi, de recouvrer directement des cotisations et des contributions ; ce recouvrement s'effectue sous les garanties et sanctions applicables aux cotisations du régime général en vertu des chapitres II, III, IV et V du titre IV du livre Ier et des chapitres III et IV du titre IV du présent livre ;	3° Dans les cas prévus par la loi, de recouvrer directement des cotisations et des contributions ; ce recouvrement s'effectue sous les garanties et sanctions applicables aux cotisations du régime général en vertu des chapitres II, III, IV et V du titre IV du livre Ier et des chapitres III et IV du titre IV du présent livre ;
3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de	3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de

sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;	sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;
3° ter D'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ;	3° ter D'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ;
3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;	3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;
3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ;	3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ;
4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'Etat fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l''Etat ;	4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'Etat fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l''Etat ;
5° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des cotisations d'allocations familiales, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes, et d'en transférer le produit vers les organismes du régime général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des indépendants, ainsi que d'en opérer le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi qu'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 centraliser l'ensemble des opérations~~, y compris les opérations pour compte de tiers,~~ des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des cotisations d'allocations familiales, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes, ~~*et d'en transférer le produit vers les organismes du régime général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des indépendants, ainsi que*~~ **de centraliser les opérations pour compte de tiers et** d'en opérer le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi qu'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° bis De gérer, pour le compte des régimes de sécurité sociale et fonds concernés, la répartition des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 ;	5° bis De gérer, pour le compte des régimes de sécurité sociale et fonds concernés, la répartition des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 ;
6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.	6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.
Article L. 243-7 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 243-7 modifié du code de la sécurité sociale**
Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'Etat autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa et, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-6-5, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui	Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'Etat autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa et, dans le respect des dispositions prévues à l'article ~~*L. 133-6-5*~~ **L. 133-1-3,** par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne

verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération, au sens de l'article L. 242-1. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.	qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération, au sens de l'article L. 242-1. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.
Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail et des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre Ier du livre VII du présent code. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.	Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail et des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre Ier du livre VII du présent code. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.
Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale t, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre Ier du titre II du livre IX du présent code, les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail, l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre Ier du livre VII du présent code qui en font la demande fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.	Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale t, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre Ier du titre II du livre IX du présent code, les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail, l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre Ier du livre VII du présent code qui en font la demande fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.
La Cour des comptes est compétente pour contrôler l'application des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs. Pour l'exercice de cette mission, la Cour des comptes requiert, en tant que de besoin, l'assistance des organismes mentionnés au premier alinéa, et notamment la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement. Le résultat de ces vérifications est transmis à ces mêmes organismes aux fins de recouvrement. Par dérogation aux dispositions du présent alinéa, le contrôle de l'application par la Cour des comptes des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales est assuré par	La Cour des comptes est compétente pour contrôler l'application des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs. Pour l'exercice de cette mission, la Cour des comptes requiert, en tant que de besoin, l'assistance des organismes mentionnés au premier alinéa, et notamment la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement. Le résultat de ces vérifications est transmis à ces mêmes organismes aux fins de recouvrement. Par dérogation aux dispositions du présent alinéa, le contrôle de l'application par la Cour des comptes des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales est assuré par

l'organisme de recouvrement dont elle relève.	l'organisme de recouvrement dont elle relève.
Article L. 611-4 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 611-4 modifié du code de la sécurité sociale**
La Caisse nationale du régime social des indépendants a pour rôle :	La Caisse nationale du régime social des indépendants a pour rôle :
1° D'assurer sur le plan national le financement des branches et des régimes mentionnés à l'article L. 611-2 et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces branches et de ces régimes ;	1° D'assurer sur le plan national le financement des branches et des régimes mentionnés à l'article L. 611-2 et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces branches et de ces régimes ;
2° D'animer, de coordonner et de contrôler l'action des caisses de base ainsi que de contrôler, conjointement avec les caisses de base, les organismes conventionnés prévus à l'article L. 611-20 ;	2° D'animer, de coordonner et de contrôler l'action des caisses de base ainsi que de contrôler, conjointement avec les caisses de base, les organismes conventionnés prévus à l'article L. 611-20 ;
3° De promouvoir des actions de prévention, d'éducation et d'information et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses de base ;	3° De promouvoir des actions de prévention, d'éducation et d'information et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses de base ;
4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses de base ;	4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses de base ;
5° D'organiser, de coordonner et de contrôler l'action du contrôle médical ;	5° D'organiser, de coordonner et de contrôler l'action du contrôle médical ;
6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses de base et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;	6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses de base et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;
7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;	7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;
8° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses de base et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime social des indépendants, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet ;	8° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses de base et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime social des indépendants, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet ;
9° De négocier et conclure toute convention collective intéressant son personnel et celui des caisses de base et d'assurer leur formation technique ;	9° De négocier et conclure toute convention collective intéressant son personnel et celui des caisses de base et d'assurer leur formation technique ;
10° De créer tout service d'intérêt commun à l'ensemble des caisses de base ou à certaines d'entre elles ;	10° De créer tout service d'intérêt commun à l'ensemble des caisses de base ou à certaines d'entre elles ;
11° De coordonner ses orientations en matière de recouvrement contentieux des cotisations et contributions sociales personnelles dues par les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales avec celles définies, pour leurs cotisations et contributions	**11° De définir, en lien avec l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, les orientations en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues à l'article 133-1-1.**

sociales dues en leur qualité d'employeur, au titre de leurs salariés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en application du 2° bis de l'article L. 225-1-1 ;	
12° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses de base à ces actions. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations ;	12° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses de base à ces actions. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations ;
13° De mettre en œuvre les traitements de données à caractère personnel permettant, en application de l'article L. 114-12, la communication par les organismes de sécurité sociale participant à la gestion de leurs assurés des informations nécessaires à l'exercice de ses missions.	13° De mettre en œuvre les traitements de données à caractère personnel permettant, en application de l'article L. 114-12, la communication par les organismes de sécurité sociale participant à la gestion de leurs assurés des informations nécessaires à l'exercice de ses missions.
	14° D'assurer l'affiliation des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 redevables des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-1-1.
La Caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses de base.	La Caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses de base.
Elle est placée sous la tutelle de l'autorité compétente de l'Etat.	Elle est placée sous la tutelle de l'autorité compétente de l'Etat.
Article L. 611-8 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 611-8 modifié du code de la sécurité sociale**
I.-Les caisses de base communes aux groupes professionnels des artisans, des industriels et des commerçants assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2 à l'exception de la gestion du risque -d'assurance maladie des professions libérales.	I.-Les caisses de base ~~*communes aux groupes professionnels des artisans, des industriels et des commerçants*~~ **du régime social des indépendants** assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et, **avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4,** du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2 ~~*à l'exception de la gestion du risque d'assurance maladie des professions libérales mentionnées aux article L. 641-0 et L. 723-1.*~~
Les missions du service des prestations et du recouvrement des cotisations se rapportant à la gestion du risque d'assurance maladie des professions libérales sont exercées par des caisses propres à ce groupe professionnel. Ces dernières peuvent déléguer par convention aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les exercent pour leur compte, le calcul et l'encaissement de la cotisation sociale mentionnée au c du 1° de l'article L. 613-1 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8.	Les missions ~~*du service des prestations et du recouvrement des cotisations*~~ se rapportant à la gestion du risque d'assurance maladie des professions libérales ~~*sont exercées par des caisses propres à ce groupe professionnel*~~ **affiliées en France métropolitaine au régime mentionné au premier alinéa de l'article L.640-1 sont exercées par des caisses propres à cette catégorie**. ~~*Ces dernières peuvent déléguer par convention aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les exercent pour leur compte, le calcul et l'encaissement de la cotisation sociale mentionnée au c du 1° de l'article L. 613-1 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8.*~~

Ces caisses exercent en outre des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sociale ou sanitaire et sociale. II.-Le nombre des caisses ainsi que leur ressort géographique est fixé par décret en Conseil d'Etat.	Ces caisses exercent en outre des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sociale ou sanitaire et sociale. II.-Le nombre des caisses ainsi que leur ressort géographique est fixé par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 611-16 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 611-16 modifié du code de la sécurité sociale**
Le contrôle de l'application par les ressortissants des caisses du régime social des indépendants des dispositions du présent code relatives au recouvrement des cotisations et à l'attribution des prestations est confié aux caisses de base et, le cas échéant, à la Caisse nationale. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les caisses les transmettent aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.	Le contrôle de l'application par les ressortissants des caisses du régime social des indépendants des dispositions du présent code relatives ~~*au recouvrement des cotisations et*~~ à l'attribution des prestations est confié aux caisses de base et, le cas échéant, à la Caisse nationale. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les caisses les transmettent aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.
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.	**Abrogé.**
Article L. 6331-51 actuel du code du travail ***(version en vigueur jusqu'au 1er janvier 2018 par modification de l'article 41 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2017)***	**Article L. 6331-51 modifié du code du travail**
La contribution prévue aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 6331-48 est recouvrée et contrôlée conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6 du code de la sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales. Elle fait l'objet d'un versement unique s'ajoutant à l'échéance provisionnelle des cotisations et contributions sociales du mois de février de l'année qui suit celle au titre de laquelle elle est due. Les versements de la contribution mentionnée au	La contribution prévue aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 6331-48 est recouvrée et contrôlée conformément aux dispositions prévues à l'article ~~*L. 133-6*~~ **L. 133-1-1** du code de la sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales. Elle fait l'objet d'un versement unique s'ajoutant à l'échéance provisionnelle des cotisations et contributions sociales du mois de février de l'année qui suit celle au titre de laquelle elle est due. Les versements de la contribution mentionnée au

troisième alinéa de l'article L. 6331-48 sont effectués suivant la périodicité, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale visées à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale. Les organismes chargés du recouvrement reversent le montant de leur collecte aux fonds d'assurance formation de non salariés, agréés à cet effet par l'Etat, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les règles applicables en cas de contentieux sont celles prévues au chapitre II du titre IV du livre Ier du code de la sécurité sociale.	troisième alinéa de l'article L. 6331-48 sont effectués suivant la périodicité, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale visées à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale. Les organismes chargés du recouvrement reversent le montant de leur collecte aux fonds d'assurance formation de non salariés, agréés à cet effet par l'Etat, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les règles applicables en cas de contentieux sont celles prévues au chapitre II du titre IV du livre Ier du code de la sécurité sociale.
Article 13 actuel de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	**Article 13 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016**
I.-L'article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1° Après la référence : « L. 752-4 », la fin de la seconde phrase du I est supprimée ; 2° Le II est ainsi rédigé : « 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 aux articles L. 641-1 et L. 723-1. » II.-Le premier alinéa de l'article L. 611-20 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés : « La Caisse nationale confie le soin d'assurer le calcul, l'encaissement ainsi que le recouvrement amiable et contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les 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 du régime social des indépendants et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale adoptent une convention relative aux orientations et aux objectifs de qualité de service associés au recouvrement de ces cotisations, ainsi qu'aux modalités selon lesquelles sont suivies les actions de maîtrise des risques, de contrôle et de lutte contre la fraude.	~~I.-L'article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :~~ ~~1° Après la référence : « L. 752-4 », la fin de la seconde phrase du I est supprimée ;~~ ~~2° Le II est ainsi rédigé :~~ ~~« 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 aux articles L. 641-1 et L. 723-1. »~~ ~~II.-Le premier alinéa de l'article L. 611-20 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :~~ ~~« La Caisse nationale confie le soin d'assurer le calcul, l'encaissement ainsi que le recouvrement amiable et contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les 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 du régime social des indépendants et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale adoptent une convention relative~~ ~~aux orientations et aux objectifs de qualité de~~ ~~service associés au recouvrement de ces cotisations, ainsi qu'aux modalités selon lesquelles sont suivies les actions de maîtrise des risques, de contrôle et de lutte contre la fraude.~~

« Le fonds institué à l'article L. 133-6-6 peut aider au règlement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants appartenant au groupe professionnel des professions libérales. »	~~*« Le fonds institué à l'article L. 133-6-6 peut aider au règlement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants appartenant au groupe professionnel des professions libérales. »*~~
III.-Au premier alinéa de l'article L. 652-3 du même code, les mots : « les organismes conventionnés » sont remplacés par les mots : «, par délégation, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ».	~~*III.-Au premier alinéa de l'article L. 652-3 du même code, les mots : « les organismes conventionnés » sont remplacés par les mots : «, par délégation, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ».*~~
IV.-Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes et groupements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 611-20 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, du transfert de la gestion de l'encaissement et du contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code, à la date fixée au V du présent article, fait l'objet d'une indemnité si ce préjudice a pour origine les modifications apportées aux règles régissant la délégation de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions d'attribution et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.	IV.-Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes et groupements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 611-20 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure ~~*à la présente loi, du transfert de la gestion de l'encaissement et du contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code, à la date fixée au V du présent article,*~~ **à la loi n° … du … de financement de la sécurité sociale pour 2017, du transfert de leurs activité de recouvrement prévu à l'article 9 de cette loi** fait l'objet d'une indemnité si ce préjudice a pour origine les modifications apportées aux règles régissant la délégation de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions d'attribution et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.
V.-Le présent article s'applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret comprise entre le 1er janvier 2017 et le 1er janvier 2018.	~~*V.-Le présent article s'applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret comprise entre le 1er janvier 2017 et le 1er janvier 2018.*~~

ARTICLE 10 – Clarification et simplification du droit social applicable à l'économie numérique

I. Présentation de la mesure

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

Le développement de l'économie numérique a permis l'émergence de nombreuses plateformes collaboratives, définies par le Conseil national du numérique comme des « services occupant une fonction d'intermédiaire dans l'accès aux informations, aux contenus, aux services ou aux biens, le plus souvent édités ou fournis par des tiers », qui « au-delà de leur seule interface technique, organisent et hiérarchisent ces contenus en vue de leur présentation et leur mise en relation aux utilisateurs finaux » et dont la caractéristique commune est de proposer des biens, des services et des contenus aux consommateurs qui sont produits, mis à disposition ou vendus par des contributeurs selon une relation de pair à pair.

Les plateformes sont des opérateurs qui se sont multipliés ces dernières années en France et à l'étranger selon des modèles économiques variés, dans des secteurs tout aussi divers et permettant différentes activités allant de l'échange non monétaire entre particuliers à l'activité commerciale. Certaines s'inscrivent dans les activités de l'économie du partage, permettant à de simples particuliers l'échange des biens ou de service, sans que ces activités soient de nature professionnelle. D'autres plateformes, en revanche, peuvent accueillir des professionnels réalisant des activités à but lucratif dans le cadre d'un échange commercial ou de la prestation de service.

Même si elles pèsent encore peu au sein de l'économie française, les plateformes numériques sont ainsi au nombre de 250 à 300 en France[1] et représentent un chiffre d'affaires en constante croissance, évalués à près de 380 M€ en 2015. Au sein de la sphère lucrative, les volumes d'affaires opérés sur les plateformes dites d'emploi, c'est-à-dire les montants de transactions entre travailleurs collaboratifs et clients finaux, auraient atteint près de 7 Md€ en France.

Le développement de cette économie de pair à pair, en dehors des schémas traditionnels de transaction soulèvent des enjeux de lisibilité pour les utilisateurs du droit social applicable à ces activités. En effet, l'utilisation de ces plateformes exacerbe aujourd'hui les questions anciennes de frontière entre des activités basées sur le don, le partage de frais ou l'optimisation de ressources, sans intention professionnelle et sans caractère lucratif, et des activités de prestations de service ou commerciale de nature professionnelle transitant par les plateformes sans respecter le cadre juridique applicable.

Les relations de pair à pair organisées par les plateformes révèlent des zones grises ou peu connues de l'application des règles sociales, ce qui peut conduire à certains abus lorsque des travailleurs indépendants profitent de ces plateformes pour exercer une activité professionnelle sans la déclarer à ce titre.

Ainsi, le développement des services à la demande, qui mettent en relation un client et un prestataire pour réaliser un service particulier et rémunéré, permet à des particuliers de réaliser des activités lucratives sans respecter les obligations sociales et fiscales alors qu'elles recoupent des activités réalisées habituellement par des travailleurs indépendants : transport de personnes, aides ménagère, services de voiturier, garde d'enfants ou encore livraison et services de courtiers.

Ces activités d'exploitation créent une relation prestataire/client susceptible d'être constitutive d'une activité commerciale. La publicité, la visibilité et la sécurité dans les transactions permises par les plateformes internet et applications mobiles permettent aux particuliers de réaliser ces prestations de services de façon régulière et lucrative, sans déclaration ou inscription dans un fichier légal, et sans traitement fiscal et social de ces activités. Cette situation permet aux utilisateurs des plateformes de proposer des tarifs plus avantageux, ce qui peut constituer une distorsion de concurrence importante dans certains secteurs.

De fait, le risque de travail dissimulé par dissimulation d'activité et plus généralement d'évitement du prélèvement social est significatif : d'une part, le particulier peut pratiquer une activité de vente ou de prestation de service non déclarée sur Internet et, d'autre part, le professionnel, régulièrement déclaré, peut dissimuler la partie de son activité exercée sur Internet.

A l'instar de ce que propose le rapport remis par Pascal Terrasse au Premier ministre sur l'économie collaborative de février 2016, il apparaît donc nécessaire de fournir ou de rappeler une définition claire sur la notion d'activité professionnelle pour les principales activités transitant par les plateformes (partage de frais, ventes d'occasion, location d'habitations meublés et locations de biens meubles). La proposition n°12 de ce rapport vise ainsi à clarifier la doctrine de l'administration fiscale sur la notion de partage de frais et de l'administration sociale sur la notion d'activité professionnelle, afin d'expliquer plus lisiblement que certaines activités ne créent pas de revenus professionnels (partage de frais, vente d'occasion, par exemple) tandis que d'autres, quand elles dépassent la pratique ponctuelle, exigent que l'utilisateur s'enregistre en tant que professionnel, pour bénéficier en contrepartie de droits sociaux.

[1] L'étude PIPAME recense 276 acteurs collaboratifs sur le marché français

Cette clarification constitue un enjeu d'équité, pour ne pas singulariser de manière négative, ni favoriser, les plateformes collaboratives par rapport aux mêmes types d'activités ou de partage de services ou de biens qui ne seraient pas exercées par internet, ainsi qu'un enjeu d'information pour les utilisateurs pour que ces derniers puissent, sur cette base, respecter leurs obligations. Il ne s'agit pas de créer un nouveau régime d'affiliation ou d'assujettissement pour ces activités numériques, dès lors que leur nature n'est pas fondamentalement différente de celle de l'économie traditionnelle.

Au-delà de ces clarifications, l'utilisation des plateformes conduit également au développement chez les utilisateurs d'activités ponctuelles générant des revenus d'appoint et de faible ampleur. Si le cadre social prévoit que l'exercice régulier et personnel, même réalisé à titre accessoire, d'une activité à des fins lucratives constitue une activité professionnelle, la génération de revenus ponctuels sur ces plateformes serait alors soumise à des formalités réglementaires nombreuses inhérentes à la création d'entreprise (affiliation obligatoire, inscription au registre du commerce, stage préalable à l'activité), qui peuvent constituer des de barrières administratives à l'entrée et accentuent substantiellement le risque de non-déclaration.

Il convient donc de répondre à l'objectif visant à faciliter leurs démarches administratives et sociales en permettant des démarches facilitées pour l'affiliation, l'assujettissement et le recouvrement des cotisations sociales, pour les travailleurs indépendants transitant par des plateformes d'intermédiation ou ayant de très faibles activités.

2. Présentation des options d'action possibles

a) Mesure proposée

Cette mesure se décompose en deux volets :

1) Le premier volet de cette mesure vise (en parallèle des clarifications qui font l'objet de précisions relevant de la doctrine, cf. infra : partage de frais, vente de biens d'occasion), à préciser la législation applicable notamment aux utilisateurs des plateformes en matière de location de locaux d'habitation meublés ainsi que de biens meubles ;

2) Le second volet de cette mesure vise à faciliter leurs démarches administratives et sociales permettant notamment la création d'entreprise puis l'affiliation, l'assujettissement et le recouvrement des cotisations sociales, pour les travailleurs indépendants exerçant une activité par le biais des plateformes ou ayant de très faibles activités.

• *1er volet : clarifier les règles sociales applicables selon qu'il s'agit d'actes relevant de la gestion du patrimoine privé ou d'activités à caractère professionnel*

La frontière entre activité professionnelle et activité domestique est dessinée selon une ligne jurisprudentielle claire reposant sur un faisceau d'indices. Elle ne diffère pas selon que l'activité est exercée dans l'économie traditionnelle ou dans l'activité numérique. Il n'y a pas donc lieu de créer un nouveau régime d'affiliation ou d'assujettissement pour ces activités numériques. Le défaut d'applicabilité des règles actuelles résulte davantage, soit d'une méconnaissance des règles sociales applicables d'une manière générale soit d'une perception déformée des utilisateurs, qui pourraient considérer que le secteur numérique correspond à une zone d'activité non soumise aux règles. Il importe d'y remédier par une communication adaptée, que ce soit par voie doctrinale ou par l'amélioration de l'information disponible à destination de ces publics.

En revanche, la ligne de partage entre revenus du patrimoine et revenus professionnels ne fait pas l'objet d'un traitement clair en droit social. Or, le développement des locations de biens par des particuliers peut relever tantôt de la gestion d'un patrimoine privé, tantôt d'une activité visant à rentabiliser un capital. Elle implique ainsi de mieux distinguer les personnes qui gèrent leur patrimoine de celles qui exploitent un bien à des fins professionnelles pour dégager un revenu d'activité.

Le premier volet de la mesure permet ainsi de clarifier, en fonction des situations concernées, la distinction entre des activités professionnelles et des activités non professionnelles s'agissant de la location de biens.

<u>Définir par un seuil la notion d'activité professionnelle pour les locations de courtes durées d'habitions meublées comprenant la mise à disposition de biens et de services associés</u>

La mise à disposition d'une habitation meublée recouvre des situations bien distinctes.

Les loueurs de chambres d'hôtes sont définis par le code du tourisme comme les loueurs de chambres meublées situées chez l'habitant en vue d'accueillir des touristes, à titre onéreux, pour une ou plusieurs nuitées, assorties de plusieurs prestations, parmi lesquelles : l'accueil de l'habitant, la fourniture du petit-déjeuner ou la fourniture de linges de maison. En matière fiscale, les revenus tirés d'une location de chambre d'hôte sont des bénéfices industriels et commerciaux. En matière sociale, l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a clarifié le dispositif en édictant une obligation d'affiliation au RSI des loueurs de chambres d'hôtes dès lors que le revenu imposable de leur activité est supérieur au seuil d'exonération de 13% du PASS (5 020 euros). En deçà de ce seuil, les loueurs ne sont pas réputés exercer la location de chambre d'hôte à titre professionnel. Les revenus tirés de cette activité sont déclarés dans le cadre de l'avis d'imposition à l'impôt sur le revenu et soumis au prélèvement sur les revenus du patrimoine (15,5 % depuis le 1er janvier 2012).

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a également clarifié les règles sociales afférant à la location de locaux d'habitation meublés. Ainsi, les locations de meublés sont considérées comme professionnelles en social selon les même critères que ceux prévues en fiscal, avec trois conditions cumulatives à remplir : 1) l'enregistrement au registre du commerce et des sociétés en tant que loueur professionnel ; 2) des recettes annuelles retirées de cette activité par l'ensemble des membres du foyer fiscal qui excèdent 23 000 € et 3) ces recettes excèdent les autres revenus du foyer fiscal soumis à l'impôt sur le revenu).

Malgré ces précisions, il n'existe par de règles claires pour les situations de locations « intermédiaires » de courtes durées, s'agissant notamment des locations en meublés de tourisme, et qui s'accompagnent généralement d'une ou plusieurs prestations associées, sans toutefois répondre à l'ensemble des critères relatifs à la location de chambres d'hôtes. Or les pratiques actuelles et la demande croissante pour ce type d'hébergement ont permis la multiplication des offres sur Internet, sans qu'il n'y ait de frontière claire permettant de définir à quel niveau le caractère professionnel de cette activité est avéré. C'est notamment en partant de ce constat que la loi du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové avait prévu que les plateformes d'intermédiation soient tenues d'informer le loueur des obligations de déclaration ou d'autorisation préalables et qu'elles obtiennent de lui, préalablement à la location du bien, une déclaration sur l'honneur attestant du respect de ces obligations (L. 342-2-1 du code du tourisme).

Dans cette perspective, la mesure vise à définir un critère unique basé sur un seuil d'affiliation pour les personnes assurant des locations d'habitation meublées de courte durée à destination d'une clientèle qui n'a pas vocation à y élire son domicile (sont à ce titre exclues les locations à destination des étudiants ou à des saisonniers en raison de leur contrat de travail qui relèvent de la location de meublé à titre professionnel ou non professionnel selon les critères rappelés ci-avant). En pratique, sont donc visés les locations pour lesquelles la jouissance du bien est généralement conditionnée à une ou plusieurs prestations (fourniture du linge de maison, le ménage à la fin du séjour, la connexion wifi) rendues nécessaires par la mise à disposition du bien sur des périodes rapprochées et déchargeant le client de tout entretien courant et de toute formalité liée à une location d'un bien immeuble (abonnement d'électricité ou Internet, assurances, taxe d'habitation). Ces activités, qui vont au-delà de la simple gestion d'un patrimoine personnel, s'apparentent à une prestation commerciale s'appuyant sur la location d'un bien et sur les services associés accompagnant la location du bien, qui permettent à la location de se distinguer sur un marché concurrentiel. Pour ces activités de location de courte durée, un critère unique d'affiliation sera fixé sur la base du seuil de 23 000 euros de recettes ou de chiffre d'affaires identique à celui existant pour les locations de meublés. Ce seuil sera apprécié en tenant compte des recettes perçues au titre de la mise en location, par une personne ou par son foyer, un bien immobilier pouvant être détenu conjointement.

Définir par un seuil la notion d'activité professionnelle pour les locations de biens meubles

Sur le même modèle, un seuil d'affiliation qui serait fixé à 10 % du PASS de recettes ou de chiffre d'affaires (3 850 euros) permettrait de déterminer la notion d'activité professionnelle s'agissant de la location de biens meubles. En effet, sur le plan fiscal, de telles locations constituent, en principe, une opération commerciale dont les résultats entrent dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux, notamment s'agissant de la location de véhicules automobiles (CE, arrêt du 2 avril 1955) ainsi que la location de matériel et outillages agricoles (à moins que l'opération de location n'entre dans le cadre de l'entraide réciproque entre agriculteurs ou encore la location d'appareils automatiques).

Cependant, aucun critère explicite n'est apporté quant au caractère professionnel de ces activités, les instructions fiscales précisant uniquement que l'activité est exercée à titre non professionnel dès lors que la personne ou l'un des membres du foyer fiscal ne participe pas « *personnellement, directement et continuellement à l'accomplissement des actes nécessaires à sa poursuite* ». Cette absence de clarification explicite constitue un enjeu important dans un contexte où ce type de locations est aujourd'hui en fort développement chez les particuliers (location personnelle d'une voiture par son propriétaire, notamment).

En conséquence, un seuil d'affiliation en social, permettant de considérer le caractère professionnel ou non de l'activité exercée, apporterait une réponse aux imprécisions juridiques actuelles, notamment afin de sécuriser les particuliers qui mettent à disposition ponctuellement leur patrimoine, qui ne devraient pas s'affilier au RSI dès lors que leurs recettes annuelles sont inférieures au seuil fixé à 10 % du PASS.

• 2nd volet : faciliter les démarches sociales des utilisateurs par un accompagnement des plateformes d'intermédiation

Le second volet de la mesure vise à faciliter leurs démarches administratives et sociales permettant la création d'entreprise puis l'affiliation, l'assujettissement et le recouvrement des cotisations sociales, pour les travailleurs indépendants transitant par des plateformes ou ayant de très faibles activités.

• Permettre aux plateformes numériques le souhaitant de prendre en charge, pour le compte de leurs utilisateurs, les démarches de création d'entreprise à l'affiliation et à la déclaration sociale en vue du recouvrement des cotisations et contributions

La présente mesure permet à ces plateformes de proposer aux particuliers de réaliser, pour leur compte, les démarches obligatoires liées à la création d'entreprises. Afin d'alléger la charge administrative pour les utilisateurs dans l'obligation de s'affilier pour leur activité professionnelle via les plateformes, la présente mesure offrirait à ces dernières, volontaires

pour offrir ce service, la possibilité d'agir, à leur demande, pour le compte des travailleurs indépendants comme des tiers de confiance pour l'accomplissement des démarches de création d'entreprises.

Par ailleurs, il s'avère opportun de poursuivre les offres de simplification pour ces travailleurs en leur permettant de déléguer leur obligation de déclaration des montants des transactions qu'ils réalisent via les plateformes aux organismes de sécurité sociale en charge du recouvrement. Cette délégation se ferait au profit des plateformes volontaires, via un mandat fourni par leurs utilisateurs qui se verront ainsi offrir une meilleure qualité de service par la facilitation des démarches sociales vis-à-vis des organismes de sécurité sociale. En quête de fidélisation d'une communauté croissante d'utilisateurs, notamment en offrant la meilleure des expériences utilisateur possible, les plateformes pourront y trouver un intérêt en termes de qualité de service.

Ce service s'inscrirait dans la procédure du mandat, telle que définie aux articles 1984 et suivants du code civil, fourni par les particuliers aux plateformes afin que ces dernières procèdent à la déclaration des montants des transactions financières opérées sur les plateformes mandatées.

Si cette offre de service, qui reste une faculté pour les plateformes peut emporter des coûts de développement informatique pour les organismes de sécurité sociale et les plateformes, ils ne doivent pas obérer les gains attendus en termes de simplification des procédures déclaratives pour les travailleurs indépendants et ceux que peuvent en escompter les plateformes d'un point de vue commercial en termes de sécurité juridique offerte à leurs utilisateurs, et enfin, pour les organismes sociaux, en matière de fiabilisation des transmissions et de sécurisation du recouvrement.

Cette mesure s'appliquera aux travailleurs indépendants relevant du régime de la micro-entreprise au regard des règles simplifiées en matière d'assujettissement et de recouvrement qui s'appliquent à ce régime.

3. Autres options possibles

Une option alternative aurait consisté à créer un régime social ad hoc des activités effectuées sur les plateformes collaboratives, avec des dispositifs de franchise ou des seuils de professionnalité qui s'appliqueraient de façon transversale au sein du secteur collaboratif. Cette approche s'expose cependant à des difficultés d'application liées au caractère très fragmenté de ces activités numériques (recours à de multiples plateformes notamment) et à la difficulté juridique de distinguer un régime social différent selon que l'activité est réalisée par le biais d'une plateforme au sein de l'économie numérique ou classique au sein de l'économie traditionnelle, ces deux économies étant de fait largement comparables.

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

La mesure modifie les règles d'affiliation et 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 sont 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 sont 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 ?

Il convient de rappeler que 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) ?

Ces dispositions s'inscrivent dans l'agenda numérique européen, prévoyant notamment la création d'un environnement propice au développement des réseaux et services numériques

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. Cette 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 est codifiée au sein du code de la sécurité sociale dans les sections relatives à l'affiliation des au RSI (L. 613-1 et suivants), à l'assujettissement à cotisations et contributions sociales (L. 136-6 notamment) ainsi qu'à la mise en œuvre de dispositif de modernisation et de simplification des formalités au regard des travailleurs indépendants et des personnes relevant du dispositif microsocial.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'ensemble des volets de cette mesure devrait faciliter l'application du droit social à la sphère de l'économie numérique et devrait générer de ce fait des recettes supplémentaires pour la sécurité sociale, à la fois du fait de la révélation d'assiette potentiellement non déclarée à ce jour du fait des imprécisions juridiques et des effets de comportements favorables à une mesure de la clarification des règles d'assujettissement et de simplification des dispositifs de recouvrement. Ces recettes seront en réalité portées par la très forte dynamique de cette économie. Les mutations nombreuses de cette économie et son caractère très fragmenté ajoutent cependant à la complexité de ce chiffrage. En tout état de cause, une hausse qui serait de l'ordre de 10% du montant global de chiffre d'affaires réalisés par les activités transitant par une plateforme collaborative, évalué à 380 M€ en 2015, pourrait générer un rendement à hauteur de 10 M€ environ, ce montant étant très dynamique au fil des années compte tenu de la croissance du secteur.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
		+10	+20	+30	+40

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

a) impacts économiques

Cette mesure s'inscrit dans la politique gouvernementale de libérer la création d'entreprises et le développement d'activités au sein de la sphère collaborative et numérique, tout en étant respectueux des logiques de secteurs ainsi que des droits sociaux des travailleurs indépendants. Elle va dans le sens d'une simplification et d'une modernisation des démarches administratives, ainsi que des méthodes de déclaration sociale et recouvrement des cotisations et contributions sociales.

b) impacts sociaux

Cette mesure est garante des droits sociaux des travailleurs collaboratifs en offrant un cadre sécurisée permettant une déclaration des revenus d'activité, un paiement des cotisations et l'ouverture des droits sociaux afférents.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Elle offre un cadre sécurisé pour le développement de l'économie collaborative et la création d'entreprises, qui vise avant tout les jeunes entrepreneurs.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Il s'agit à la fois d'une mesure de clarification des règles sociales pour des personnes qui n'ont pas pour habitude de déclarer les revenus qu'ils perçoivent par le biais de plateformes numériques.

Pour les assurés, cette mesure est également une mesure de simplification des démarches précédemment évoquées, puisqu'elle propose que celles-ci soient effectuées par les plateformes souhaitant offrir ces services complémentaires à leurs utilisateurs.

Pour les assurés, la charge administrative qui découle de cette mesure est donc minimisée et, en tout état de cause, moins importante que la charge administrative des travailleurs indépendants qui exercent la même activité au sein de l'économie traditionnelle.

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

Cette mesure permettra aux organismes d'inspection et de contrôle de mieux investir le champ de l'économie numérique et de pouvoir y appliquer des règles sociales simplifiées.

Elle nécessite cependant la mise en place de procédures dématérialisées tout particulièrement entre les Urssaf et les plateformes numériques.

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 ensemble de textes d'application devront être pris avant l'entrée en vigueur des mesures pour expliciter par décret les seuils en montants de recettes ou de chiffres d'affaires s'agissant de la location de biens (décret simple) ainsi que pour préciser les éléments sur les offres de services que pourront proposer les plateformes par mandat.

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

Il est prévu une entrée en vigueur au 1er janvier 2018 s'agissant de la mise à disposition par les plateformes auprès de leurs utilisateurs d'un service d'accompagnement aux formalités administratives.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants ainsi que des acteurs institutionnels et économiques concernés

Cette mesure nécessitera une large diffusion d'information auprès des publics concernés (internautes, plateformes) ainsi que des différents acteurs impliqués (organismes de sécurité sociale, chambres consulaires…).

Si le champ strict de la mesure ne concerne que la location de biens, les enjeux d'information et de pédagogie liés au développement des plateformes collaboratives rendent nécessaire la mise à disposition d'une information s'adressant au plus grand nombre, permettant de donner une vue d'ensemble sur les principales situations concernées aujourd'hui. Ainsi, cette communication pourra également rappeler les règles applicables en matière de partage de frais et de vente de biens d'occasion.

- En matière de partage de frais :

Le partage de frais ne nécessite aucun traitement social dès lors que l'activité n'a pas pour finalité de participer à la recherche ou à la réalisation d'un profit et que les sommes échangées sont limitées aux coûts induits par cette activité. L'absence de contrepartie financière à la prestation fournie, hormis le remboursement de frais pour des dépenses réelles et nécessaires, constitue un élément déterminant d'absence de professionnalité de l'activité. Ainsi, dans le secteur des transports, dès lors que l'activité est réalisée dans le cadre d'un déplacement que la personne effectue pour son propre compte et que les sommes échangées sont limitées aux frais induits par ce déplacement, elle n'a pas de caractère professionnel. La notion de partage de frais et ses modalités de calcul sont donc communes à la sphère fiscale et sociale. Celles-ci sont définies par instruction fiscale, sur la base du barème des indemnités kilométriques. En revanche, si les prestations sont effectuées au-delà de ces tarifs, la personne doit s'affilier et assujettir les revenus générés aux cotisations et contributions de sécurité sociale.

- En matière de ventes de biens d'occasion

La vente de biens d'occasion fait actuellement l'objet de plusieurs tolérances prévues par doctrine : ainsi les particuliers peuvent deux fois par an participer à des brocantes ; par ailleurs ces revenus ne sont pas déclarés dans l'avis d'imposition en deçà de 5 000 € de prix de vente d'un bien, voire sans limite pour certains biens meubles (électroménager, voiture …). Au-delà de ce seuil de recette par bien vendu, seule la plus-value éventuellement réalisée doit être déclarée dans le cadre de la déclaration d'impôt sur le revenu (avec assujettissement aux prélèvements sociaux sur le patrimoine). Ces revenus accessoires, liés à la revente de biens personnels et usagers, ne sauraient faire l'objet d'une disposition d'assujettissement ou d'affiliation dès lors qu'il ne s'agit pas d'une activité régulière et réalisée à but lucratif (la vente de biens personnels d'occasion ayant pas essence une valeur dépréciée) mais relèvent de la gestion du patrimoine privé des particuliers.

Les règles sociales et fiscales existantes sont alignées sur un seuil de 5 000 € pour les biens courants, et sans limite de montant pour l'électroménager et l'automobile, hors objets d'art, de collection ou d'antiquité. Au-delà, l'éventuelle plus-value sur la vente de ces biens est assujettie aux prélèvements sociaux sur le patrimoine à 15,5%.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure nécessite un suivi notamment pour la partie simplification et mandat auprès des plateformes numériques pour connaître l'étendue de sa mise en place.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 613-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 613-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles : (…) 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.	Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles : (…) 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, autres que celles mentionnées au 7°, dont les recettes tirées de la location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés sont supérieures au seuil mentionné au 2° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, lorsque ces locaux sont loués à une clientèle y effectuant un séjour à la journée, à la semaine ou au mois et n'y élisant pas domicile ou lorsque ces personnes remplissent les conditions mentionnées au 1° du IV de l'article 155 du code général des impôts.** ~~*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.*~~ **9° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de biens meubles mentionnée au 4° de l'article 110-1 du code du commerce et dont les recettes annuelles tirées de cette activité sont supérieures à un montant fixé par décret.**
	Article L. 133-6-7-3 nouveau du code de la sécurité sociale
	Les travailleurs indépendants exerçant leur activité par l'intermédiaire d'une personne dont l'activité consiste à mettre en relation par voie électronique plusieurs parties en vue de la vente d'un bien ou de la fourniture d'un service, peuvent autoriser par mandat cette dernière à réaliser par voie dématérialisée les démarches déclaratives de début d'activité auprès du centre de formalités des entreprises compétent conformément aux dispositions du code de commerce. **Lorsqu'ils relèvent des dispositions de l'article L. 133-6-8, les travailleurs indépendants peuvent autoriser par mandat la personne mentionnée à l'alinéa précédent à procéder à la déclaration du chiffre d'affaires ou de recettes réalisés au titre de cette activité par son intermédiaire ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale dues à compter de leur affiliation, au titre des périodes correspondant à l'exercice de cette activité,**

	auprès des organismes de recouvrement concernés. **Dans ce cas, les cotisations et contributions de sécurité sociale dues sont prélevées par la personne mentionnée au premier alinéa sur le montant des transactions effectuées par son intermédiaire. Ce paiement vaut acquit des cotisations et contributions de sécurité sociale par ces travailleurs indépendants.**

ARTICLE 11 – Modification de la période d'imposition de la taxe sur les véhicules de sociétés

I. Présentation de la mesure

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

Conformément aux dispositions de l'article 1010 du code général des impôts (CGI), les sociétés sont soumises à une taxe annuelle, la taxe sur les véhicules de société (TVS), à raison des véhicules de tourisme qu'elles possèdent ou dont elles ont la disposition. L'article 1010 du CGI a été modifié en dernier lieu par l'article 117 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016 (introduction d'une exonération de certains véhicules accessibles en fauteuil roulant).

Ce prélèvement est affecté à la branche famille du régime général de la sécurité sociale (art. L. 131-8 du code de la sécurité sociale).

La période d'imposition s'étend du 1er octobre de chaque année au 30 septembre de l'année suivante (article 310 E de l'annexe II au CGI).

Le montant de la taxe est égal à la somme de deux composantes :

- une première composante déterminée en fonction des émissions de dioxyde de carbone (CO2) ou de la puissance fiscale du véhicule ;

- une seconde composante relative aux émissions de polluants atmosphériques, déterminée en fonction du type de carburant utilisé et de l'année de première mise en circulation du véhicule.

Actuellement, les entreprises doivent déposer dans les deux premiers mois de chaque période d'imposition, soit du 1er octobre au 30 novembre au plus tard, la déclaration n° 2855 accompagnée du paiement (article 406 bis de l'annexe III au CGI). La déclaration porte sur les véhicules possédés, pris en location ou utilisés par la société au cours de la période d'imposition écoulée. Sont également considérés comme véhicules utilisés par les sociétés ceux possédés ou pris en location par les salariés ou les dirigeants d'une société et pour lesquels cette société procède au remboursement des frais kilométriques (article 1010-0A du CGI).

La période d'imposition actuelle ne coïncide pas avec l'année civile, ce qui est source de complexité pour les entreprises.

Par ailleurs, les modalités déclaratives actuelles ne permettent pas d'envisager une procédure de télé-déclaration et de télépaiement.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de modifier la période d'imposition afin de l'aligner sur l'année civile, à des fins de simplification pour les redevables.

Ainsi, à compter de l'exercice 2018, la période d'imposition courra du 1er janvier au 31 décembre. Par conséquent, il est nécessaire de prévoir que le dernier trimestre de l'année 2017 fasse l'objet d'une imposition spécifique, séparée, afin d'éviter qu'un trimestre n'échappe à tout assujettissement à cette imposition du fait de cette mesure de rationalisation. Les recettes découlant de cette disposition seront affectées aux organismes de sécurité sociale au titre de l'exercice 2017.

De plus, pour alléger les obligations déclaratives des entreprises en matière de taxe sur les véhicules de sociétés, il est proposé de supprimer la déclaration n° 2855 et de reporter le montant de la taxe à acquitter :

- pour les opérateurs soumis au régime réel normal d'imposition en matière de TVA qui déposent mensuellement leur déclaration de TVA : sur l'annexe à la déclaration de TVA déposée au titre du mois de décembre (soit entre le 15 et le 24 janvier) ;

- pour les opérateurs soumis au régime réel normal d'imposition en matière de TVA qui déposent trimestriellement leur déclaration de TVA : sur l'annexe à la déclaration de TVA déposée au titre du quatrième trimestre civil de la période au titre de laquelle la taxe est due (soit entre le 15 et le 24 janvier) ;

- pour les personnes non redevables de la TVA : sur l'annexe n° 3310 A à la déclaration de TVA télétransmise entre le 15 et le 24 janvier.

Ces usagers, qui représentent la très grande majorité des redevables, devront ainsi télé-déclarer et télé-régler la taxe sur les véhicules de sociétés.

En revanche, les opérateurs soumis au régime simplifié d'imposition ou au régime simplifié agricole, qui ne sont soumis à aucune obligation déclarative ou de paiement en matière de TVA au cours du mois de janvier, devront à ce stade déclarer la taxe à l'appui d'un formulaire transmis par voie postale et l'acquitter par virement.

Par ailleurs, afin de permettre aux entreprises de liquider le montant de la taxe, une fiche de calcul sera mise à disposition des entreprises et disponible sur le site impots.gouv.fr.

Enfin, il est proposé de prévoir désormais que, de même que pour les véhicules pris en location, la taxe afférente aux véhicules mis à la disposition d'une société redevable de la TVS n'est à la charge que de la seule société bénéficiant de cette mise à disposition. Cette règle vise la situation où la taxe est exigible auprès du bénéficiaire de la mise à disposition. En revanche, si le bénéficiaire d'une mise à disposition n'est pas un redevable relevant du champ de la TVS, cette dernière reste à la charge du propriétaire si bien entendu celui-ci est lui-même une société redevable de la taxe.

Par ailleurs, comme dans l'état actuel du droit, le fait générateur de la taxe en cas de mise à disposition demeure le fait, pour la société bénéficiaire, de disposer du véhicule au cours du trimestre.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé une modification de la période d'imposition, sans prévoir d'imposition au titre du dernier trimestre 2017. La mise en œuvre d'une nouvelle période d'imposition, sans tenir compte des conséquences du basculement sur l'absence d'imposition au titre du dernier trimestre 2017, aurait généré l'absence de comptabilisation d'une recette au titre de ce trimestre.

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

En affectant une recette aux organismes de sécurité sociale pour l'exercice 2017, l'inscription de cette mesure au sein de la partie recettes de la LFSS se justifie par son effet sur les recettes de l'année des régimes obligatoires de base, et relève à ce titre des dispositions du 1° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, en modifiant les règles d'assujettissement à une contribution affectée au financement de la sécurité sociale et l'équilibre financier des régimes, elle s'inscrit également dans le champ des dispositions 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 sont saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

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

Modifications des dispositions des articles 1010 et 1010 B du CGI ainsi que de l'article 406 bis de l'annexe III au CGI.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article 310 E de l'annexe II au CGI, qui fixe la période d'imposition, sera abrogé, celle-ci étant désormais fixée par la loi.

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 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

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
		+ 160 M€			

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

La mesure permettra de percevoir dès 2017 les recettes de TVS au titre du dernier trimestre 2017. Le montant de ce supplément de recettes est estimé à 25% du montant de TVS annuel (tel que prévu pour 2017), soit 160 M€.

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

a) impacts économiques

Cette mesure aura un impact de simplification de la gestion pour les entreprises, en faisant coïncider la période d'imposition au titre de la taxe sur les véhicules de société et l'année civile.

L'utilisation d'une télé-procédure existante permet de limiter les coûts informatiques et évite aux opérateurs d'être soumis à de multiples obligations déclaratives et de paiement. Cette mesure limite les coûts de gestion tant pour les entreprises que pour l'administration.

Gain pour les opérateurs : suppression de l'impression des déclarations n° 2855 téléchargées sur le site impots.gouv.fr, suppression des virements bancaires et des frais d'affranchissement des déclarations transmises par voie « papier ».

Gain pour l'administration : absence de saisie manuelle et automatisation de l'affectation des paiements.

b) impacts sociaux

Les droits sociaux des assurés ne sont pas modifiés par la mesure.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Les dispositions prévues permettent de diminuer l'édition, le transport et le stockage de documents.

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 s'inscrit dans la démarche engagée par la direction générale des finances publiques (DGFiP) qui vise à promouvoir le développement des télé-procédures et simplifier les obligations déclaratives des entreprises tout en tenant compte des contraintes budgétaires.

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

Le système d'information de la DGFiP devra être adapté pour permettre aux redevables de télé-déclarer et télé-régler la taxe. Un formulaire « papier » sera également mis à disposition des redevables soumis à un régime simplifié d'imposition en matière de TVA.

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.

L'article 406 bis de l'annexe II du code général des impôts devra être modifié, si nécessaire. Cette modification ne requiert pas de concertation.

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

La mise en œuvre de cette mesure sera assurée par la DGFiP.

La mesure transitoire en 2017 sera également assurée par la DGFiP.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés via le portail impots.gouv.fr ainsi que par modification du BOFIP applicable à la taxe sur les véhicules de société. Une fiche de calcul sera disponible sur le site impots.gouv.fr afin de permettre aux entreprises de liquider la taxe.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure ne fera pas l'objet d'un suivi particulier.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<table>
<tr><th>Article 1010 du code général des impôts</th><th>Article 1010 modifié du code général des impôts</th></tr>
<tr><td>I. - Les sociétés sont soumises à une taxe annuelle à raison des véhicules de tourisme qu'elles utilisent en France, quel que soit l'Etat dans lequel ils sont immatriculés, ou qu'elles possèdent et qui sont immatriculés en France. Sont considérés comme véhicules de tourisme les voitures particulières au sens du 1 du C de l'annexe II à la directive 2007/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 5 septembre 2007, établissant un cadre pour la réception des véhicules à moteur, de leurs remorques et des systèmes, des composants et des entités techniques destinés à ces véhicules, ainsi que les véhicules à usages multiples qui, tout en étant classés en catégorie N1 au sens de cette même annexe, sont destinés au transport de voyageurs et de leurs bagages ou de leurs biens.</td><td>I. - Les sociétés sont soumises à une taxe annuelle à raison des véhicules de tourisme qu'elles utilisent en France, quel que soit l'Etat dans lequel ils sont immatriculés, ou qu'elles possèdent et qui sont immatriculés en France. Sont considérés comme véhicules de tourisme les voitures particulières au sens du 1 du C de l'annexe II à la directive 2007/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 5 septembre 2007, établissant un cadre pour la réception des véhicules à moteur, de leurs remorques et des systèmes, des composants et des entités techniques destinés à ces véhicules, ainsi que les véhicules à usages multiples qui, tout en étant classés en catégorie N1 au sens de cette même annexe, sont destinés au transport de voyageurs et de leurs bagages ou de leurs biens.</td></tr>
<tr><td></td><td>Lorsqu'elle est exigible en raison des véhicules pris en location ou mis à disposition, la taxe est uniquement à la charge de la société locataire ou de la société bénéficiant de la mise à disposition.</td></tr>
<tr><td>Sont exonérées de cette taxe les sociétés mentionnées au premier alinéa du I à raison des véhicules accessibles en fauteuil roulant qui relèvent de la catégorie " M1 " et du 5.5 du A de l'annexe II de la directive précitée, à compter du 1er janvier 2017.</td><td>Sont exonérées de cette taxe les sociétés mentionnées au premier alinéa du I à raison des véhicules accessibles en fauteuil roulant qui relèvent de la catégorie " M1 " et du 5.5 du A de l'annexe II de la directive précitée, à compter du 1er janvier 2017.</td></tr>
<tr><td>Un décret précise les conditions d'application du deuxième alinéa du présent I.</td><td><s>Un décret précise les conditions d'application du deuxième alinéa du présent I.</s></td></tr>
<tr><td>Le montant de la taxe est égal à la somme des deux composantes, dont le tarif est déterminé en application, respectivement, du a ou du b, d'une part, et du c, d'autre part.</td><td>La taxe n'est pas applicable aux véhicules destinés exclusivement soit à la vente, soit à la location de courte durée, soit à l'exécution d'un service de transport à la disposition du public, lorsque ces opérations correspondent à l'activité normale de la société propriétaire.

I bis. - Le montant de la taxe est égal à la somme des deux composantes, dont le tarif est déterminé en application, respectivement, du a ou du b, d'une part, et du c, d'autre part.</td></tr>
<tr><td>a) Pour les véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire au sens de la même directive et dont la première mise en circulation intervient à compter du 1er juin 2004, et qui n'étaient pas possédés ou utilisés par la société avant le 1er janvier 2006, le tarif applicable est le suivant :
<table>
<tr><th>TAUX D'ÉMISSION DE DIOXYDE DE CARBONE
(en grammes par kilomètre)</th><th>TARIF APPLICABLE
par gramme de dioxyde
de carbone
(en euros)</th></tr>
<tr><td>Inférieur ou égal à 50</td><td>0</td></tr>
</table></td><td>a) Pour les véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire au sens de la même directive et dont la première mise en circulation intervient à compter du 1er juin 2004, et qui n'étaient pas possédés ou utilisés par la société avant le 1er janvier 2006, le tarif applicable est le suivant :
<table>
<tr><th>TAUX D'ÉMISSION DE DIOXYDE DE CARBONE
(en grammes par kilomètre)</th><th>TARIF APPLICABLE
par gramme de dioxyde
de carbone
(en euros)</th></tr>
<tr><td>Inférieur ou égal à 50</td><td>0</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	2
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	11,5
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	18
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	21,5
Supérieur à 250	27

b) Pour les véhicules autres que ceux mentionnés au a, le tarif applicable est le suivant :

PUISSANCE FISCALE (en chevaux-vapeur)	TARIF APPLICABLE (en euros)
Inférieure ou égale à 3	750
De 4 à 6	1 400
De 7 à 10	3 000
De 11 à 15	3 600
Supérieure à 15	4 500

Les véhicules combinant l'énergie électrique et une motorisation à l'essence ou au gazole dont les émissions sont inférieures ou égales à 110 grammes de dioxyde de carbone par kilomètre parcouru sont exonérés de la composante de la taxe prévue aux a et b pendant une période de huit trimestres, décomptée à partir du premier jour du premier trimestre en cours à la date de première mise en circulation du véhicule.

c. Le tarif applicable à la composante relative aux émissions de polluants atmosphériques, déterminé en fonction du type de carburant, est le suivant :

(En euros)

ANNÉE DE PREMIÈRE MISE en circulation du véhicule	ESSENCE et assimilé	DIESEL et assimilé

Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	2
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	11,5
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	18
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	21,5
Supérieur à 250	27

b) Pour les véhicules autres que ceux mentionnés au a, le tarif applicable est le suivant :

PUISSANCE FISCALE (en chevaux-vapeur)	TARIF APPLICABLE (en euros)
Inférieure ou égale à 3	750
De 4 à 6	1 400
De 7 à 10	3 000
De 11 à 15	3 600
Supérieure à 15	4 500

Les véhicules combinant l'énergie électrique et une motorisation à l'essence ou au gazole dont les émissions sont inférieures ou égales à 110 grammes de dioxyde de carbone par kilomètre parcouru sont exonérés de la composante de la taxe prévue aux a et b pendant une période de huit trimestres, décomptée à partir du premier jour du premier trimestre en cours à la date de première mise en circulation du véhicule.

c. Le tarif applicable à la composante relative aux émissions de polluants atmosphériques, déterminé en fonction du type de carburant, est le suivant :

(En euros)

ANNÉE DE PREMIÈRE MISE en circulation du véhicule	ESSENCE et assimilé	DIESEL et assimilé

Jusqu'au 31 décembre 1996	70	600
De 1997 à 2000	45	400
De 2001 à 2005	45	300
De 2006 à 2010	45	100
A compter de 2011	20	40

Les mots : "Diesel et assimilé" désignent les véhicules ayant une motorisation au gazole ainsi que les véhicules combinant une motorisation électrique et une motorisation au gazole émettant plus de 110 grammes de dioxyde de carbone par kilomètre parcouru.

Les mots : "Essence et assimilé" désignent des véhicules autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa.

Ce tarif ne s'applique pas aux véhicules fonctionnant exclusivement au moyen de l'énergie électrique.

La taxe n'est toutefois pas applicable aux véhicules destinés exclusivement soit à la vente, soit à la location de courte durée, soit à l'exécution d'un service de transport à la disposition du public, lorsque ces opérations correspondent à l'activité normale de la société propriétaire.

Le décret institutif fixe les modalités d'assiette de la taxe.

II. - La taxe est acquittée sur déclaration dans des conditions fixées par décret.

Jusqu'au 31 décembre 1996	70	600
De 1997 à 2000	45	400
De 2001 à 2005	45	300
De 2006 à 2010	45	100
A compter de 2011	20	40

Les mots : "Diesel et assimilé" désignent les véhicules ayant une motorisation au gazole ainsi que les véhicules combinant une motorisation électrique et une motorisation au gazole émettant plus de 110 grammes de dioxyde de carbone par kilomètre parcouru.

Les mots : "Essence et assimilé" désignent des véhicules autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa.

Ce tarif ne s'applique pas aux véhicules fonctionnant exclusivement au moyen de l'énergie électrique.

~~*Le décret institutif fixe les modalités d'assiette de la taxe.*~~

~~*II. - La taxe est acquittée sur déclaration dans des conditions fixées par décret.*~~

II. - La période d'imposition de la taxe s'étend du 1er janvier au 31 décembre.

Cette taxe est liquidée par trimestre, en appliquant le tarif fixé au I bis aux véhicules possédés par la personne morale au premier jour du trimestre ou utilisés par celle-ci au cours de ce trimestre, qu'il s'agisse de véhicules pris en location ou mis à sa disposition ou de ceux mentionnés à l'article 1010-0 A.

Toutefois, pour les véhicules loués par la société, la taxe n'est due que si la durée de la location excède un mois civil ou une période de trente jours consécutifs. Elle est due au titre d'un seul trimestre si la durée de la location n'excède pas trois mois civils consécutifs ou quatre-vingt-dix jours consécutifs.

Le montant de la taxe due pour un trimestre et au titre d'un véhicule est égal au quart du tarif annuel fixé au I bis.

III. - La taxe annuelle est déclarée et liquidée selon les modalités suivantes :

1° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime réel normal d'imposition prévu au 2 de l'article 287, sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 du même article déposée au titre du mois de décembre ou du quatrième trimestre civil de la période au titre de laquelle la taxe est due ;

2° Pour les personnes non redevables de la taxe sur la valeur ajoutée, sur l'annexe à la déclaration prévue au

	1 de l'article 287 transmise au service chargé du recouvrement dont relève le principal établissement au cours du mois de janvier suivant la période au titre de laquelle la taxe est due. L'annexe est déposée dans les délais fixés en matière de taxe sur le chiffre d'affaires ;
	3° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A ou au régime simplifié prévu à l'article 298 bis, sur un imprimé conforme au modèle établi par l'administration déposé au plus tard le 15 janvier qui suit l'expiration de la période au titre de laquelle la taxe est due.
Elle n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur les sociétés.	**IV. - La taxe** ~~*Elle*~~ n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur les sociétés.
Lorsqu'elle est exigible en raison des véhicules pris en location, la taxe est à la charge de la société locataire. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par décret.	~~*Lorsqu'elle est exigible en raison des véhicules pris en location, la taxe est à la charge de la société locataire. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par décret.*~~

ARTICLE 12 - Clarifier le rôle et les responsabilités des tiers-déclarants en matière sociale

I. Présentation de la mesure

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

L'externalisation par un employeur de la tenue de sa comptabilité, ainsi que d'autres obligations parmi lesquelles la réalisation de formalités sociales à un expert-comptable ou à une autre personne mandatée par lui, est couramment utilisée par la plupart des petites entreprises.

Le conseil supérieur des experts-comptables estime ainsi que 1,1 million d'entreprises, soit la moitié des employeurs, et 70 % des travailleurs indépendants ont recours aux services des membres de l'ordre. Il existe par ailleurs un nombre significatif de cotisants externalisant la paie de leurs salariés et leurs obligations déclaratives auprès d'autres prestataires, notamment les éditeurs de logiciels de paie, dont certains développent des solutions intégrant l'accomplissement des formalités sociales. Le rapport de la Cour des comptes de juillet 2016 relatif à la simplification de la collecte des prélèvements versés par les entreprises confirme ces ordres de grandeur, puisque le sondage réalisé dans ce cadre montre que 3 entreprises sur 5 ont recours à un tiers-déclarant en matière de déclarations sociales (à 85 % via un expert-comptable). Le mouvement de recours aux tiers mandatés pourrait par ailleurs être encore amplifié dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN), notamment pour les employeurs de petite taille qui ont déjà recours à un tiers pour la réalisation de leurs formalités fiscales et qui pourraient considérer avoir un intérêt avec la généralisation de la DSN à élargir le mandat de leur tiers-déclarant.

Ces missions s'exercent dans le cadre de mandats selon les règles générales édictées à l'article 1984 du code civil qui le définit comme l'acte par lequel « une personne donne à une autre le pouvoir de faire quelque chose pour le mandant et en son nom », et précisées dans les articles 1985 et suivants du même code. Le mandat et la mission des professions réglementées est par ailleurs défini dans les codes de déontologie des professions concernées.

Ce cadre juridique a été complété sur le plan fiscal. Le dispositif comprend deux volets principaux :

- le premier volet, mis en place par la loi de finances rectificative pour 2010, introduit la notion de « tiers de confiance fiscal en matière de déclaration d'impôt sur le revenu. L'article 170 ter précise que ce tiers de confiance », qui peut être un expert-comptable, un notaire ou un avocat, a pour mission de réceptionner et conserver les pièces justificatives nécessaires aux réductions ou crédits d'impôts que sollicite le contribuable dans le cadre de sa déclaration annuelle de revenus, ainsi que les mettre à disposition de l'administration fiscale. Cette mission est encadrée par une convention triennale conclue entre le tiers de confiance et l'administration fiscale, et sur la base d'un contrat que ce tiers signe avec le contribuable. Lorsque le contrat prévoit la transmission par le tiers de la déclaration annuelle de revenus, celle-ci doit obligatoirement être effectuée par voie dématérialisée.
- Le second volet résulte d'un décret du 18 août 2014 qui a introduit le « mandat fiscal unique » de l'expert-comptable, à travers l'attribution dans le contrat signé avec le contribuable d'un mandat autorisant le professionnel à conclure directement avec l'administration fiscale une convention permettant d'établir toutes les télé-déclarations fiscales d'un même client.

Il n'existe pas en matière de sécurité sociale d'équivalent de ces règles de nature transversale. Actuellement, les tiers mandatés effectuent pour un certain nombre d'entreprises ou d'entrepreneurs individuels (travailleurs indépendants) les formalités sociales, notamment la déclaration des cotisations sociales, dans le respect des règles générales du code civil sur le mandat voire en complément dans celui des règles déontologiques des professions réglementées (experts-comptables en particulier).

Des textes récents et pour certains non codifiés ont cependant été amenés à préciser le rôle mais aussi les obligations afférentes, dans le cadre des missions exercées, de ces tiers mandatés par un employeur ou par un travailleur indépendant.

Il a ainsi été prévu pour les obligations anticipées de transmission de la DSN d'avril 2015, de juillet 2016 et de janvier 2017 la fixation d'une obligation pesant sur le tiers-déclarant lorsque l'employeur a recours à un tiers pour la transmission de ces déclarations sociales (dispositions non codifiées des LFSS pour 2014 et pour 2016, qui renvoient à un décret les modalités de fixation du seuil de transmission de la DSN pour les tiers-déclarants).

Dans le cadre de la modernisation de la procédure de rescrit social par l'ordonnance du 10 décembre 2015, et au-delà du strict champ des obligations de déclarations sociales, une demande de rescrit social peut désormais être effectuée par un avocat ou un expert-comptable pour le compte d'un cotisant ou futur cotisant, sur un champ correspondant donc à celui du tiers de confiance fiscal car incluant la profession d'avocat et plus large que celui défini dans le cadre de la mise en œuvre de la DSN.

Dans le même cadre du développement des outils de sécurisation juridique des cotisants, le décret du 15 février 2016 prévoit de la même manière qu'un expert-comptable mandaté ou un avocat peut effectuer auprès d'un organisme de recouvrement les démarches de demande de transaction pour le compte de son client.

Enfin, il est prévu de préciser par décret, dans un contexte de généralisation de la DSN, les missions et responsabilités des tiers-déclarants au regard de cette obligation déclarative, ces prochaines dispositions réglementaires reprenant pour partie des enjeux correspondants à des aspects déjà précisés en matière fiscale (transmission de la déclaration, conservation des pièces justificatives, rôle d'interface avec les administrations fiscales et sociales) et s'inspirant des pratiques mises en œuvre dans les relations entre le tiers-déclarant et ces organismes. A cet égard, la généralisation progressive de la DSN, qui sera achevée à compter du 1er janvier 2017 (du 1er avril 2017 au sein du régime agricole), renforce les obligations déclaratives des tiers mandatés dans un contexte où la déclaration de données nominatives ou d'événements liés au contrat de travail du salarié et à sa vie au sein de l'entreprise seront véhiculées dans la DSN et par conséquent, dans les cas où le contrat entre le tiers et l'employeur le prévoira, déclarées par l'expert-comptable.

En ce qui concerne les travailleurs indépendants, le RSI a d'ores et déjà mis en place une offre de service pour les tiers-déclarants (experts-comptables essentiellement) via un enregistrement spécifique sur le site www.rsi.fr. Le tiers-déclarant peut ainsi accomplir, au moyen de ses propres identifiants, toutes les formalités sociales (déclarations, paiement de cotisations principalement) pour l'ensemble de ses clients. Cette offre consiste pour le tiers-déclarant à créer sur le site du RSI son portefeuille clients, qu'il peut également configurer pour permettre à ses collaborateurs d'accéder aux services proposés. Dans tous les cas, l'autorisation des clients, cotisants du RSI, est nécessaire (ils reçoivent un code de sécurité qu'ils doivent fournir à leur mandataire qui le renseignera lors de son enregistrement pour justifier de leur accord et ainsi accéder aux données des comptes RSI de ses clients). Les tiers ainsi enregistrés peuvent accéder via un espace sécurisé directement à l'ensemble des informations relatives aux cotisations et contributions de leurs clients : historique des versements, suivi en temps réel des échéances, téléchargement d'attestations, déclaration d'estimation de revenus, demande de délais de paiement, prélèvement automatique…

Malgré ces avancées réglementaires et en termes d'offre de services récentes, l'absence de cadre général peut être source d'incertitude pour les entreprises, les tiers et les organismes, notamment sur les obligations respectives en matière de conservation et production de documents et les procédures à suivre pour procéder à des démarches pour le compte de ses clients, par exemple de rectification d'erreur ou demande de délai de paiement. Cette absence de cadre clair et sécurisé peut freiner le recours aux pratiques d'intermédiation ou être source de complications dans les contacts entre les organismes et les entreprises.

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

a) Mesure proposée

Il apparaît opportun d'inscrire le rôle des tiers-déclarants en matière sociale dans une démarche globale de simplification des procédures administratives et de confiance entre les organismes de sécurité sociale, les entreprises et les travailleurs indépendants et leurs tiers mandatés. La mesure complète ainsi le cadre juridique actuel du mandat du tiers-déclarant pour les obligations sociales déclaratives et de paiement des employeurs et des travailleurs indépendants (y compris les exploitants agricoles et les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés), en définissant au niveau législatif leur rôle, en introduisant un mandat unique du tiers-déclarant pour l'ensemble des organismes sociaux, mais aussi en prévoyant certaines obligations, notamment de dématérialisation, leur incombant dans le cadre de leurs missions déclaratives.

La mesure inscrit au niveau législatif le principe de la possibilité de l'intervention d'un tiers tant pour effectuer les obligations sociales du cotisant (déclaration, versement des cotisations) – mission de tiers-déclarant, exercée pour l'essentiel en pratique par la profession de l'expertise-comptable - que concernant l'accompagnement juridique du cotisant – mission de tiers-accompagnant s'agissant des demandes de rescrit ou de transaction notamment exercée par des avocats, notaires voire des experts-comptables.

Elle instaure le principe d'une déclaration unique du mandat social confié au tiers déclarant, permettant une reconnaissance de cette mission pour le compte du cotisant auprès de l'ensemble des organismes sociaux concernés, garantissant ainsi une simplification des obligations sociales des cotisants. Elle vise par ailleurs à poser dans la loi certains des principes et obligations encadrant l'action des tiers-déclarants en matière d'accomplissement des obligations sociales de leurs clients et renvoie au pouvoir réglementaire le soin de préciser la mission du tiers ainsi que les obligations respectives du tiers et du cotisant.

S'agissant plus spécifiquement de l'activité de tiers-déclarant, la mesure comporte trois volets.

- ***Le principe du mandat unique du tiers-déclarant***

Le mandat s'accompagne aujourd'hui systématiquement de l'obligation pour le tiers-déclarant de justifier le rôle qui lui est confié auprès des différents organismes sociaux d'affiliation de ses clients. La déclaration du tiers- déclarant n'est ainsi pas unique et doit être renouvelée pour chaque organisme auprès duquel le tiers-déclarant effectue des démarches. Ainsi, dans le cas courant d'un cotisant relevant du groupe des professions libérales, un tiers-déclarant (expert-comptable par exemple) devra justifier de sa relation contractuelle avec son client auprès du RSI, de la branche

recouvrement du régime général (URSSAF) mais aussi de la caisse d'assurance vieillesse de son client (l'une des sections professionnelles de la CNAVPL ou CNBF).

L'un des volets de la mesure consiste en l'affirmation du principe de transmission d'un mandat unique du tiers-déclarant auprès des organismes sociaux, permettant ainsi de simplifier les obligations sociales des cotisants. L'employeur, le travailleur indépendant ainsi que le tiers-déclarant seraient dispensés d'effectuer deux fois les mêmes démarches. Les modalités opérationnelles de cette mesure, qui entrerait en vigueur à compter du 1er janvier 2018 compte tenu de la nécessité de préparer les conditions de l'échange d'informations à ce titre entre les organismes sociaux, seront à préciser avec les acteurs[1].

Son intérêt pour le cotisant est double:

- elle permet de simplifier pour le cotisant ses obligations sociales vis-à-vis des organismes sociaux en substituant à l'ensemble des démarches relatives à son choix de recourir à un tiers-déclarant une simple transmission dématérialisée auprès d'un organisme.
- elle sécurise davantage le cotisant en accordant une légitimité renforcée, de mandataire unique, au tiers-déclarant dans ses relations avec les organismes sociaux. Elle garantit ainsi au cotisant la bonne prise en compte par les organismes sociaux des formalités effectuées par le tiers.

• *Retrait de la possibilité de tiers-déclarer en cas de fraude de la part du tiers-déclarant*

Par ailleurs, dans le sens d'une démarche globale de formalisation des relations entre le tiers-déclarant et l'organisme de recouvrement, dans les cas – évidemment rares mais dont l'éventualité doit être prévue - de fraude de la part du tiers-déclarant, il apparait pertinent que la loi prévoie, tout comme en matière fiscale (art 170 ter du CGI) une sanction spécifique dans la réalisation des démarches déclaratives du tiers[2]. Aussi, il est proposé de fixer dans la loi pour les cas de fraude commis par le tiers-déclarant ou de complicité de fraude entre le tiers et le cotisant, la fraude étant entendue comme fraude sociale (faux et usager de faux notamment par la modification intentionnelle des paramètres du logiciel de paie dans l'objectif de minorer ou majorer des allégements généraux par exemple) et exercice illégal d'une profession réglementée, le principe d'une sanction par l'organisme unique qui se traduirait, suite à constatation des faits, par l'interdiction d'assurer pour l'avenir les fonctions de tiers-déclarant auprès des organismes de sécurité sociale. La sanction s'appliquerait lorsque la fraude est imputable au tiers déclarant lui-même ou en cas de complicité avec l'entreprise. Elle ne serait prononcée qu'après procédure contradictoire, précisée dans un texte réglementaire.

• *L'obligation de dématérialisation des déclarations sociales réalisées par des tiers-déclarants pour le compte de leur client et la mise en œuvre d'une sanction liée au non respect de cette obligation*

Il est également prévu de mettre en place, sur le modèle de celle existant en matière fiscale au titre de la déclaration d'impôt sur le revenu, une obligation de déclaration par voie dématérialisée pour les tiers-déclarant à compter du 1er janvier 2018. S'agissant des employeurs, la mise en œuvre de la DSN conduira mécaniquement à la généralisation de la dématérialisation des déclarations sociales des tiers-déclarants. La mesure concernera donc un nombre limité de cabinets exerçant pour le compte de travailleurs indépendants, l'entrée en vigueur fixée au début de l'exercice 2018 constituant un délai raisonnable pour les experts-comptables n'effectuant pas encore de déclarations de manière dématérialisée.

Le non respect de cette obligation déclarative donnera lieu à l'application à l'encontre du tiers-déclarant de la même majoration que celle actuellement mise en œuvre à l'encontre des employeurs. Son quantum est de 0,2%, calculé des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée.

b) Autres options possibles

Sans cadre législatif, une des options aurait pu être de conserver des dispositions éparses dans le code de la sécurité sociale à un niveau réglementaire. Ce choix n'a pas été retenu car il apparaît important au regard du rôle joué par les tiers-déclarants et notamment les experts-comptables aujourd'hui dans la mise en œuvre des politiques publiques en

---

[1] Il pourrait être envisagé que ce mandat soit transmis par le cotisant à un télé-service unique être accroché au télé-service Net-entreprises, géré par le GIP MDS. Une autre option pourrait être que les URSSAF, qui ont connaissance de l'ensemble des cotisants concernés par cette problématique (et essentiellement les professionnels libéraux qui ont à connaître de plusieurs organismes au titre de leurs cotisations (CNAVPL ou CNBF d'une part, URSSAF d'autre part) centralisent ces mandats pour le compte des autres organismes sociaux (et notamment les organismes gestionnaires du régime de retraite des professions libérales). Par ce biais le tiers-déclarant sera habilité à effectuer une seule fois toutes les formalités et toutes les opérations auprès des organismes sociaux pour le compte du cotisant (employeur ou travailleur indépendant).

[2] Pour ce qui concerne les professions non réglementées, il est prévu la possibilité de dénonciation immédiate du mandat par l'organisme de recouvrement dès constatation de la fraude. Pour ce qui concerne les professions réglementées soumises à juridiction ordinale, l'organisme de recouvrement pourrait, sans préjudice de la procédure disciplinaire ordinale et de manière parallèle, sanctionner le tiers déclarant sans attendre la décision de l'ordre.

matière de prélèvements sociaux de formaliser ces relations à l'instar de ce qu'a fait l'administration fiscale, qui dispose sur ce sujet d'un corpus juridique étoffé.

S'agissant plus spécifiquement du mandat unique, l'alternative aurait été de laisser le tiers-déclarant faire la preuve auprès de chaque organisme de son mandat. Ce statu quo n'est pas satisfaisant en termes de simplification pour le cotisant et le tiers et ne correspond pas à l'esprit des travaux engagés dans la sphère sociale autour du principe du « Dites-le nous une fois ».

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

Ces mesures précisant les modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées au régime général de sécurité sociale et au régime social des indépendants. Elles prennent place, à ce titre, dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'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.

Il convient de rappeler que 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 s'appliquant spécifiquement à ce sujet la mesure n'et 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

Article inséré : L. 133-13 du code de la sécurité et création d'une nouvelle section VII – « Tiers-déclarants » au chapitre 3 bis du titre III du livre I

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 applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure générale de promotion du mandat unique des tiers-déclarants et de la dématérialisation des tiers-déclarants vise à améliorer les modalités de recouvrement mais n'emporte pas de conséquences en termes d'impact financier pour les régimes de sécurité sociale.

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

a) impacts économiques

La présente mesure s'inscrit pleinement dans l'action du Gouvernement visant par la réduction des démarches administratives des travailleurs indépendants et des employeurs à leur permettre de se recentrer sur leur activité professionnelle et ainsi d'améliorer la compétitivité des entreprises. Elle permet ainsi de simplifier pour les cotisants la gestion du recouvrement, entraînant la diminution du nombre de leurs interlocuteurs et par conséquent du nombre de leurs démarches administratives en organisant la mise en œuvre du mandat unique du tiers-déclarant.

b) impacts sociaux

La mesure de promotion du mandat unique des tiers-déclarants et de la dématérialisation devrait faciliter et fiabiliser la constitution des droits contributifs (indemnités journalières maladie, accident du travail-maladie professionnelles, droits à l'assurance vieillesse) du fait de l'externalisation des obligations déclaratives sociales à des tiers reconnus par les organismes de sécurité sociale.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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 présente mesure sécurise le cotisant en accordant une légitimité au tiers-déclarant dans ses relations avec les organismes sociaux. Elle garantit ainsi le cotisant quant à la bonne prise en compte par les organismes sociaux des formalités effectuées par le tiers.

La mise en place du mandat unique permettra par ailleurs de réduire les démarches administratives des travailleurs indépendants et des employeurs en limitant le nombre d'interlocuteurs.

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

Les systèmes d'information sont déjà opérationnels pour le traitement des déclarations dématérialisées.

La mise en œuvre de la déclaration unique du tiers-déclarant s'appuiera sur les flux d'échanges des opérateurs de la sphère de la sécurité sociale (GIP MDS, ACOSS, RSI notamment).

Par ailleurs, les systèmes d'information des organismes de sécurité sociale devront être adaptés pour permettre aux tiers-déclarants de bénéficier de services et d'applicatifs autorisant une gestion de masse de leurs clients.

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 présente mesure nécessitera des dispositions réglementaires d'application (décret en Conseil d'Etat et décret simple) :

- Un décret en Conseil d'Etat précisera la mission du tiers déclarant et les obligations respectives du tiers et du cotisant.
- La mise en place du mandat unique nécessitera la prise d'un décret simple courant 2017 pour désigner l'organisme en charge de sa gestion ;
- S'agissant de l'obligation de dématérialisation, celle-ci ne nécessite pas au régime général de dispositions particulières d'application, puisqu'elle sera dans les faits opérationnelle à compter du 1er janvier 2017 pour les employeurs (à compter du 1er avril 2017 pour les employeurs du régime agricole) du fait de la généralisation de la déclaration sociale nominative (DSN), qui est une déclaration dématérialisée, en vertu des dispositions législatives et réglementaires existantes relatives à la DSN. S'agissant de l'obligation de dématérialisation pour les experts-comptables intervenant pour le compte de travailleurs indépendants, celle-ci pourra s'appliquer sans nécessité de publication de dispositions d'application, à compter du 1er janvier 2018.
- Un décret en Conseil d'Etat sera nécessaire afin de préciser les conditions d'application du retrait de la possibilité de tiers-déclarer auprès des organismes sociaux dans les cas de fraude avérée.

Une concertation a été engagée notamment avec les experts-comptables et les prestataires d'externalisation de la paie sur ces évolutions.

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

Dématérialisation pour les employeurs : 1er janvier 2017 (1er avril 2017 pour les employeurs du régime agricole) du fait de la généralisation de la DSN.

Mandat unique et dématérialisation pour les travailleurs indépendants : 1er janvier 2018.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les nouvelles dispositions sont attendues par les acteurs du marché de l'externalisation de la paie (sociétés de services, expertises-comptables) ou par les partenaires professionnels des travailleurs indépendants.

Information faite par ailleurs par les organismes de recouvrement.

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 ou le RSI notamment.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 133-6-8-5 nouveau du code de la sécurité sociale
	Toute démarche réalisée en application de la présente section peut être effectuée par un tiers pour le compte d'un cotisant ou un futur cotisant.
	Section VII nouvelle –« Modernisation et simplification des formalités pour les cotisants ayant recours à un tiers-déclarant » au chapitre III bis « Modernisation et simplification des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contribution sociales » du titre III du livre premier
	Article L. 133-11 nouveau du code de la sécurité sociale
	I. - Toute déclaration ou toute formalité sociale incombant aux employeurs et aux travailleurs indépendants en application des dispositions du présent code peut être effectuée pour leur compte par un tiers. **La mission confiée au tiers-déclarant fait l'objet d'une déclaration effectuée par le cotisant ou, par délégation, par ce tiers, auprès d'un organisme désigné par décret. Dans ce cas, le tiers-déclarant est réputé accomplir l'ensemble des déclarations ou formalités sociales pour le compte de son client auprès des organismes de sécurité sociale, sauf disposition contraire prévue par les parties ou résiliation du contrat.** **Le recours à un tiers-déclarant ne dispense pas l'employeur ou le travailleur indépendant de répondre, le cas échéant, aux demandes des organismes de sécurité sociale, quel qu'en soit le motif. Sont nulles de plein droit, quelle qu'en soit la forme, les stipulations des conventions qui visent à faire échec à cette demande.** **En cas de fraude propre au tiers-déclarant ou de complicité de fraude constatées par un organisme de sécurité sociale, en application des dispositions des articles L. 114-16-2 du présent code et L. 433-17 du code pénal, l'organisme désigné par décret mentionné au deuxième alinéa du présent I lui retire la faculté d'exercer sa mission de mandataire auprès de l'ensemble des organismes de sécurité sociale. Le tiers**

	informe son client de la décision de retrait dans un délai défini par décret en conseil d'Etat. **II. – Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des règles applicables en matière de contrôle, de recouvrement et de sanctions mises en œuvre à l'égard de l'employeur ou du travailleur indépendant.** **III. – Les tiers-déclarants sont tenus de procéder aux déclarations pour le calcul des cotisations et contributions sociales, et le cas échéant au paiement, effectuées pour le compte de leurs clients par voie dématérialisée. La méconnaissance de cette obligation entraîne l'application aux tiers-déclarants de la majoration prévue au II de l'article L. 133-5-5 calculée à partir des sommes dont la déclaration ou le versement a été effectué par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur ou le travailleur indépendant relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions.** **IV. - Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État, notamment la mission du tiers et les obligations respectives du tiers déclarant et de l'employeur ou du travailleur indépendant.**
	Section III bis « droits des cotisants » du chapitre III « Recouvrement-suretés-prescription-contrôle » du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale
	Article L. 243-6-6 nouveau du code de la sécurité sociale
	Toute démarche réalisée en application de la présente section peut être effectuée par un tiers pour le compte d'un cotisant ou futur cotisant.
Article L. 243-6-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 243-6-3 modifié du code de la sécurité sociale**
I. - Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 se prononcent de manière explicite sur toute demande d'une personne mentionnée au deuxième alinéa du présent article posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes. Cette procédure est également applicable aux cotisations et contributions sociales contrôlées en application de l'article L. 243-7 dès lors que leur assiette est identique à celle des cotisations et contributions mentionnées ci-dessus. Cette demande peut être formulée par un cotisant, un	Inchangé

futur cotisant ou, pour le compte de celui-ci, par un avocat ou un expert-comptable.	Cette demande peut être formulée par un cotisant ou un futur cotisant ~~*ou, pour le compte de celui-ci, par un avocat ou un expert-comptable.*~~
Article L. 725-26 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 725-26 modifié du code rural et de la pêche maritime**
L'article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole.	~~*L'article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole.*~~ **Les articles L. 243-6-5 et L. 243-6-6 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole**

ARTICLE 13 – Amélioration des outils de contrôle des cotisations et contributions sociales

I. Présentation de la mesure

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

Le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de sanctions lorsque la personne contrôlée fait obstacle à la bonne réalisation des opérations de contrôle, ne permettant pas aux inspecteurs du recouvrement d'accomplir leur mission de s'assurer du respect de la bonne application de la réglementation. En pratique, en matière de contrôle du recouvrement des cotisations, l'obstacle à contrôle peut ainsi, par exemple, se matérialiser par le refus, après plusieurs demandes, de l'employeur de donner accès aux locaux de son entreprise. Il peut aussi se caractériser par le fait de ne pas donner accès à des pièces justificatives, ou sous un format ne permettant pas la bonne réalisation du contrôle du respect de la législation sociale en vigueur.

a) Les sanctions actuellement prévues sont différentes pour le régime général et le régime agricole, sans que cette distinction soit justifiée.

Actuellement, pour le régime général, les textes sanctionnant l'empêchement de l'accomplissement des missions des agents de contrôles prévoient la possibilité d'un emprisonnement de six mois et de l'application de 7 500 € d'amende, sanction rappelée dans la charte du cotisant contrôlé remise à l'employeur au début du contrôle. Ces sanctions sont prononcées, sur saisine de l'organisme de recouvrement, par le juge. S'agissant des branches prestataires de la sécurité sociale, l'article 91 de la LFSS pour 2015 a par ailleurs créé, afin de faciliter l'exercice du contrôle des prestataires dans les branches famille et vieillesse, une pénalité financière en cas d'obstacle à contrôle (article L. 114-17 du CSS), prononcée par le directeur de l'organisme. Fixée par le directeur de l'organisme selon la gravité des faits, elle est plafonnée à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale ; cette sanction est doublée en cas de constat de récidive.

Les sanctions fixées pour le régime agricole s'agissant de ces mêmes manquements sont aujourd'hui différentes : les dispositions du code rural et de la pêche maritime prévoient, avec la possibilité de ne retenir que l'une des deux sanctions, une peine d'un an de prison et une amende qui a été relevée de 3 750 € à 37 500 € au 1er juillet 2016 par application de l'ordonnance n°2016-413 du 7 avril 2016 relative au contrôle de l'application du droit du travail (extension par renvoi de la sanction appliquée aux inspecteurs du travail aux agents chargés du contrôle MSA).

Il est à noter qu'en matière de contrôle fiscal, l'obstacle à contrôle est sanctionné à la fois au plan pénal et administratif, sanctions qui peuvent se cumuler (cf. BOFIP « opposition à fonctions et obstacle au contrôle de l'impôt ») :

- une sanction pénale fixée à 25 000 € d'amende et en cas de récidive, une peine d'emprisonnement de 6 mois (article 1746 du CGI) ;
- une sanction administrative qui correspond à une majoration de 100% du redressement lorsqu'a été mise en œuvre la procédure d'évaluation forfaitaire (article 1732 du CGI).

b) Les sanctions prévues sont rarement mises en œuvre et peu dissuasives.

Les organismes en charge du contrôle sollicitent peu auprès du ministère public l'activation de ces sanctions de nature pénale (et non administrative). En pratique, les agents peuvent ainsi hésiter à mettre en œuvre cet outil face à un particulier employeur, un travailleur indépendant ou encore un chef d'entreprise d'une TPE, en considérant en ce qui concerne le régime général que le risque d'emprisonnement, même théorique, peut être disproportionné ; il peut en aller de même pour la sanction financière de 7 500 €, qui peut paraître élevée au regard des capacités de certains cotisants. Par ailleurs, lorsque l'application de ces sanctions est demandée par l'organisme, elles ne sont pas nécessairement prononcées par le Parquet (principe d'opportunité des poursuites), dissuadant en retour les organismes d'effectuer de nouvelles sollicitations à l'avenir.

En pratique, on constate en tout état de cause que, pour les URSSAF, aucun constat d'obstacle à contrôle n'a été relevé au cours des derniers exercices, tandis que pour le régime agricole, on en dénombre 17 en 2015. Il convient de noter que les sanctions relatives à l'obstacle à contrôle présentées ci-dessus peuvent trouver à s'appliquer, indépendamment du fait que le montant du redressement soit établi ou non sur une base forfaitaire.

c) Le contrôle du domicile privé pour les particuliers employeurs doit faire l'objet d'un traitement adapté.

Les particuliers employeurs sont soumis au même respect des règles qui s'appliquent en cas d'emploi de salariés. Toutefois, l'activité du salarié a lieu au sein d'un domicile privé, auquel l'accès par l'employeur peut être refusé.

En outre, les sanctions en cas d'emploi dissimulé par un employeur particulier, devraient être davantage adaptées, compte tenu des conséquences financières qu'elles pourraient avoir. Ainsi, l'évaluation forfaitaire de l'assiette en cas de travail dissimulé, qui est actuellement de 25% du plafond annuel de sécurité sociale par salarié (9 564€ en 2016) est sans doute élevée pour des emplois souvent dans ce cas à temps partiel.

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

a) Mesure proposée

- ***Introduire une meilleure proportionnalité des sanctions en cas d'obstacle à contrôle***

La présente mesure, qui concerne à la fois le contrôle au régime général, au régime agricole et au sein des régimes de travailleurs indépendants, vise un double objectif :

- d'une part, renforcer la possibilité effective d'utilisation et, par voie de conséquence, le caractère dissuasif de la sanction : en effet, la sanction dans le cas de l'obstacle à contrôle n'a pas tant pour finalité de punir que de dissuader la personne contrôlée de faire obstacle au bon déroulement de la procédure de contrôle ;
- d'autre part, renforcer la proportionnalité de la sanction, en l'adaptant à la situation de la personne contrôlée responsable de l'obstacle à contrôle.

En conséquence, il s'agit de passer d'une sanction prononcée par la juridiction pénale à une sanction prononcée par l'autorité administrative, tout comme l'est d'ores et déjà la sanction prononcée à l'égard du bénéficiaire des prestations famille ou vieillesse, auteur d'un obstacle à contrôle, depuis la LFSS pour 2015. Cette modification permettra ainsi aux directeurs des organismes concernés de prendre directement la décision de la sanction. Le transfert de compétence s'accompagne par suite de la suppression de la peine d'emprisonnement, qui constitue l'un des freins actuels à l'utilisation de ces sanctions.

En pratique, l'obstacle à contrôle continuera à être constitué, d'une part, par un élément matériel (constat d'un obstacle à l'exercice du contrôle) et, d'autre part, par un élément moral (intention de faire obstacle au contrôle), éléments désormais précisés par le droit. L'obstacle à contrôle n'est ainsi pas constitué dès lors qu'un des éléments ferait défaut. L'objectif in fine n'étant pas de l'appliquer mais de permettre la réalisation du contrôle, sa mise en œuvre restera peu fréquente.

La mesure renforce les droits des cotisants dans le cadre de cette sanction devenue administrative, notamment en matière de contradictoire. Il est prévu que le directeur notifie à la personne contrôlée les faits reprochés ainsi que le montant envisagé de la pénalité. Cette dernière peut faire part de ses arguments par écrit selon des modalités qui seront précisées par décret en Conseil d'Etat. Le directeur notifie, s'il y a lieu, la pénalité retenue par voie de mise en demeure. La contestation de cette décision s'effectuera selon les règles et garanties applicables au recouvrement des cotisations : saisine de la commission de recours amiable possible dans un délai de 2 mois suivant la notification de la mise en demeure de payer, saisine le cas échéant du TASS. En cas de constat de travail dissimulé, l'engagement de la procédure pénale n'a pas d'effet sur la procédure de sanction de l'obstacle à contrôle. Les deux manquements donneront lieu à deux procédures distinctes : le directeur reste compétent pour prononcer la sanction de l'obstacle à contrôle et transmet le dossier au Parquet en application des dispositions des articles L. 8224-1 et suivants du code du travail en ce qui concerne le constat de travail dissimulé.

La modification de la nature de la sanction n'emporte pas d'atténuation de sa portée. Il est néanmoins proposé de la moduler selon la qualité de la personne contrôlée et dans la limite d'un plafond fixé comme suit :

- particulier employeur : pénalité d'un montant maximal de 3 750 € ;
- travailleur indépendant : pénalité d'un montant maximal de 7 500 € ;
- employeur : pénalité d'un montant maximal de 7 500 € par salarié.

Pour l'employeur, la modulation selon les effectifs, à la différence d'une sanction forfaitaire, permet d'aboutir à une sanction dissuasive et adaptée à la réalité économique de l'entreprise. Afin de ne pas conduire à des montants disproportionnés, elle sera limitée à un plafond maximum de 750 000€ par entreprise. La pénalité se rapprocherait ainsi, de la sanction financière en cas d'obstacle à contrôle prononcée par l'administration fiscale puisque les textes permettent aujourd'hui à cette dernière de prononcer une sanction financière égale à 100 % des montants redressés suite à contrôle sur la base de l'évaluation d'office, ce qui peut représenter a priori des redressements, et par voie de conséquence, des sanctions administratives, importantes.

Il est proposé d'appliquer ces niveaux de pénalités à toutes les situations définies à l'article L. 243-12-1, qu'il s'agisse d'inspecteurs du recouvrement URSSAF ou d'autres agents de contrôle d'organismes de sécurité sociale, effectuant des vérifications auprès des employeurs et des travailleurs indépendants.

Les textes relatifs au contrôle effectué par les organismes de sécurité sociale prestataires ne seront pas modifiés. La sanction prévue aux articles L. 114-17 et L. 114-17-1 du CSS serait maintenue, en conservant le quantum de la sanction actuelle de 7 500 € en cas d'obstacle au contrôle et le recours préalable possible du bénéficiaire devant une commission des pénalités financières émanant des conseils d'administration des caisses.

Par ailleurs, à l'instar de la pénalité financière créée en LFSS pour 2015 en cas d'obstacle à contrôle pour la branche famille et vieillesse, il est proposé une modulation selon qu'il s'agit du premier manquement ou d'un cas de réitération. Les sanctions définies ci-dessus sont celles applicables en cas de constat d'un premier manquement, le constat d'une réitération dans les cinq ans conduisant à doubler le plafond de cette sanction. Enfin, afin de faciliter le déroulement du contrôle pour la population des particuliers employeurs, il est proposé de retenir comme base forfaitaire 12,5% de ce même plafond par salarié (soit 4 827€), afin de mieux adapter cet outil et d'en renforcer la possible utilisation par les organismes.

La sanction pour obstacle à contrôle en matière de recouvrement sera également applicable au régime agricole. A cette occasion, il est par ailleurs proposé d'aligner sur le régime général les sanctions pour obstacle à contrôle des caisses prestataires :

- les sanctions pour obstacle à contrôle des conseillers de prévention des caisses MSA sont alignées sur celles prévues pour leurs homologues du régime général, agents des CARSAT ;
- les sanctions pour obstacle à contrôle des autres agents des caisses prestataires sont alignées sur celles en vigueur depuis la LFSS pour 2016 au régime général (article L114-17 du CSS), soit des pénalités financières prononcées par le directeur de la caisse et plafonnées à 2 plafond mensuel SS.

En outre, afin de faciliter l'exercice du contrôle et de la lutte contre la fraude au régime agricole, la présente mesure comporte également des dispositions concernant des mesures d'alignement du régime agricole sur le régime général :

- ***Harmoniser les pouvoirs des contrôleurs de la Mutualité sociale agricole (MSA) et les pouvoirs des agents chargés du contrôle au régime général***

Il est proposé d'aligner sur le régime général les dispositions du code rural et de la pêche maritime relatives à la protection des contrôleurs MSA, qui, en l'état des textes bénéficient aujourd'hui des mêmes pouvoirs et de la même protection que les inspecteurs/contrôleurs du travail. Il s'agit ainsi de leur rendre applicables les dispositions de l'article L. 243-12-3 CSS qui sanctionnent les actes d'outrages à agents de manière identique à ceux commis à l'égard des officiers de police judiciaire.

Par ailleurs, il est proposé d'étendre aux contrôleurs MSA la possibilité de coopérer avec les corps de contrôle étrangers, possibilité ouverte aux agents chargés du contrôle au sein des URSSAF, ce qui leur permettra de disposer d'informations dans le cadre du contrôle de prestataires de services internationaux (ex : contrôle de la réalité de l'exercice dans le pays tiers…) ou du contrôle d'un allocataire résidant à l'étranger (ex : contrôle du respect des conditions de service de la prestation sous condition de résidence…).

- ***Etendre au recouvrement les missions relatives à la lutte contre la fraude de la Caisse Centrale de la MSA***

Afin de renforcer le pilotage de la caisse centrale dans la lutte contre la fraude aux cotisations, conformément aux recommandations de la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2014 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, il est proposé d'élargir la mission de la CCMSA concernant la lutte contre la fraude du champ des prestations au champ du recouvrement des cotisations, ce qui est cohérent avec son champ d'action couvrant l'ensemble des branches de sécurité sociale.

b) Autres options possibles

S'agissant des mesures relatives à l'obstacle à contrôle :

- l'application d'une sanction non modulée selon la qualité de la personne contrôlée peut être considérée comme disproportionnée pour certains types de cotisants, notamment pour un particulier employeur ;
- l'option, inspirée du droit fiscal, consistant à notifier une pénalité correspondant au montant cumulé des cotisations, soit dues lors de l'exercice précédent, soit calculées sur la base de l'évaluation d'office risquerait d'aboutir à des montants de pénalités potentiellement très élevés, ce qui risquerait de nuire à la crédibilité dans l'application de la mesure et amoindrirait en conséquence fortement son effet dissuasif.

Enfin, il aurait également pu être retenu de conserver la qualification d'infraction avec a minima une peine d'emprisonnement. Un tel schéma ne semble toutefois pas répondre au besoin des organismes chargés du contrôle. En effet, l'objectif à terme reste la dissuasion afin de permettre aux agents en charge du contrôle de procéder à la réalisation de ces opérations. En conséquence, une sanction financière apparaît plus adaptée aux organismes sociaux, la procédure de contrôle comportant dans les cas de travail dissimulé un volet pénal qui reste inchangé.

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

Cette mesure modifie les modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées au régime général de sécurité sociale, au régime agricole et au régime social des indépendants. Elle prend place, à ce titre, dans 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 sont 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 sont 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.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 242-1-2 et L. 243-12-1 du code de la sécurité sociale sont modifiés. Le code rural et de la pêche maritime est également modifié pour transposer le texte du régime général et procéder à un alignement des sanctions : ainsi les articles L. 723-11, L. 724-9 et L 724-13 du code rural et de la pêche maritime sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure ne vise pas un objectif de rendement, mais de dissuasion. L'impact financier pourrait découler cependant, et notamment dans un premier temps, avant que l'effet de dissuasion lié à une utilisation plus aisée et mieux calibrée du dispositif ne génère en retour une meilleure acceptation des procédures de contrôle de la part de certains cotisants, une augmentation significative à court terme des constats d'obstacle à contrôle.

Alors qu'à ce jour, en matière de recouvrement, moins de 20 constats d'obstacle à contrôle ont été établis sur les derniers exercices, essentiellement au régime agricole, la mise en œuvre de la présente mesure pourrait concerner, en matière de recouvrement couvrant à la fois le régime général et le régime agricole, le double, soit environ 40 constats, répartis selon la structuration actuelle des entreprises sur le territoire : il est ainsi fait l'hypothèse de 30 entreprises de moins de 20 salariés et de 10 entreprises d'au moins 20 salariés.

Sous ces hypothèses, considérées en retenant des effectifs moyens de 10 salariés dans le premier groupe et de 50 salariés dans le second, la mesure aboutirait, si le plafond maximum était à chaque fois retenu, à un rendement de 6 M€ (à titre de comparaison, 75 M€ ont été notifiés en 2015 aux entreprises pour sanction en matière de lutte contre le travail illégal au titre de l'application des majorations de 25% et 40% c'est-à-dire pour cas de réitération et d'action sur personnes vulnérables notamment (source : rapport d'activité de l'ACOSS, juin 2016).

Ce chiffrage constitue une fourchette haute au regard des points suivants, indépendamment de la question du recouvrement effectif des sommes notifiées, la fourchette basse pouvant se situer à moins de 1M€ :

- d'une part la meilleure proportionnalité des sanctions devrait avoir un fort effet dissuasif à terme sur les personnes contrôlées qui pourraient avoir une attitude d'obstacle à contrôle. Il est dès lors probable que la sanction soit au final faiblement appliquée au-delà d'une hausse conjoncturelle lors du ou des premiers exercices de mise en œuvre de la mesure.
- d'autre part, cette évaluation brute doit tenir compte des chiffrages moindres d'évaluation forfaitaire à venir, puisque dans le cas de non fourniture des pièces lors du contrôle, la menace de l'application de la sanction pour obstacle à contrôle devrait avoir un effet dissuasif conduisant les personnes contrôlées à fournir *in fine* les éléments attendus, amoindrissant ainsi le montant des cotisations redressées et permettant un chiffrage au réel.

Si les particuliers employeurs constituent une population qui n'est à ce jour pas habituée aux procédures de contrôle et que s'agissant de la branche famille, avec laquelle un parallèle peut être fait au regard de la population visée, il a été constaté en 2013 un nombre croissant d'obstacle à contrôle de l'ordre de 14% des contrôles en 2013 soit 28 000 cas (source : annexe 10 au PLFSS pour 2015- article 65 relatif à la création d'une pénalité financière pour obstacle à contrôle dans la branche famille et vieillesse devenu article 90 de la LFSS pour 2015), le nombre d'obstacle à contrôle par un particulier devrait être au final assez limité et en tout état de cause, intégré dans le chiffrage de la fourchette haute.

Ce chiffrage est par ailleurs à mettre en regard du chiffrage de 6,5 M€ évoqué s'agissant de l'article 65 du PLFSS pour 2015 (annexe 10) créant une pénalité financière pour obstacle à contrôle dans les branches famille et vieillesse.

Au final, et compte tenu du fait que la fourchette haute évoquée de 6 M€ ne devrait concerner que le ou les premiers exercices de mise en œuvre de cette disposition, l'effet de dissuasion opéré auprès des cotisants générant à un terme assez rapproché la fin de ce ressaut, il n'est pas retenu de rendement financier pérenne de la mesure.

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

a) impacts économiques

La mesure proposée dote les organismes de meilleurs outils pour lutter contre la fraude sociale et pour faciliter le déroulement du contrôle.

b) impacts sociaux

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

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

Les modifications relatives aux sanctions prévues pour l'obstacle à contrôle ne devraient pas avoir d'impact en termes de charge déclarative. L'effet essentiel escompté est un effet dissuasif, et non un effet financier, qui permette à l'organisme en charge du contrôle de procéder au contrôle prévu.

La présente mesure permet également de rappeler que la procédure de contrôle s'applique à tous et que dans ce cadre elle tient compte des particularités des personnes contrôlées.

S'agissant plus spécifiquement du contrôle du recouvrement des cotisations dues par les particuliers employeurs, celui-ci doit s'effectuer dans le cadre spécifique lié aux droits relatifs au domicile privé. En effet, un particulier conserve le droit de ne pas donner accès à son domicile, hormis la présence d'un officier de police judiciaire. La caractérisation de l'obstacle à contrôle ne peut donc reposer sur ce seul refus. Outre la réduction du montant de la pénalité, une approche adaptée doit donc être trouvée.

A cet effet, les organismes mettront en œuvre l'obstacle à contrôle à partir d'un faisceau d'indices, intégrant notamment, mais pas uniquement, l'accès au domicile. Il apparaît ainsi légitime, s'agissant d'un employeur non professionnel, de débuter le contrôle par un courrier rappelant, d'une part, de manière générale l'état du droit et les obligations pesant sur le particulier employeur et lui demandant, d'autre part, de préciser sa situation au regard d'un potentiel emploi d'un salarié à son domicile. La visite directe chez le particulier ne serait privilégiée dans une première approche que dans les cas de signalement par un tiers, permettant à l'organisme d'établir une présomption forte de travail dissimulé. Dans ce cas particulier, l'obstacle à contrôle pourra être constitué par le défaut de réponse du particulier aux différentes sollicitations de l'organisme. Il est ainsi prévu une procédure graduée par envoi a minima de deux courriers après présentation au domicile, courriers rappelant les obligations du particulier employeur et les offres de service CESU et PAJEMPLOI à sa disposition et invitant le cas échéant à une présentation du particulier dans les locaux de l'URSSAF. Les courriers mentionneront également les conséquences pour le particulier d'un défaut de réponse, seul ce dernier pouvant alors être *in fine* constitutif d'un obstacle à contrôle.

S'agissant des particuliers employeurs, une campagne d'information dans le cadre des dispositifs simplifiés CESU et PAJEMPLOI sera organisée afin de mieux faire connaître au particulier employeur, d'une part, les obligations déclaratives qui pèsent sur lui du fait de l'emploi d'un salarié et les conséquence en termes de contrôles et, d'autre part, les offres CESU et PAJEMPLOI qui permettent de procéder de manière simple à ces formalités.

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

La mesure permet aux organismes de se doter d'instruments juridiques visant à faciliter le déroulement du contrôle en dissuadant, par des sanctions financières qui peuvent être importantes, l'employeur de procéder à un obstacle à contrôle. Par ailleurs, elle mesure participe du désengorgement des tribunaux en attribuant compétence aux directeurs des organismes de sécurité sociale pour sanctionner l'obstacle à contrôle.

S'agissant de l'adaptation de la procédure de contrôle aux particuliers employeurs, un accompagnement des personnels habilités à mettre en œuvre cette mesure est prévu. Il sera également nécessaire de prévoir un ajustement des systèmes d'information pour intégrer le nouveau processus de contrôle dédié à la population d'employeur particulier.

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

La mise en œuvre de ces mesures se fera 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.

Des dispositions réglementaires préciseront les modalités d'applications de la mesure, notamment les voies de recours contre la décision prise par le directeur de l'organisme d'application des pénalités.

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

En application du principe de non-rétroactivité des lois répressives plus sévères et dans la mesure où la sanction pénale devient administrative, il est proposé une entrée en vigueur immédiate de la mesure.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Afin d'optimiser la diffusion de cette nouvelle disposition et son effet dissuasif, une information des cotisants concernés est prévue (mise à jour de la charte du cotisant contrôlé notamment) et, s'agissant des particuliers employeurs dans le cadre du relationnel existant au titre de l'offre de services (PAJEMPLOI et CESU).

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de la mise en œuvre des mesures sera demandé à l'ACOSS et à la CCMSA. Seront communiqués à l'administration, pour chacun des dispositifs, le nombre de fois où les sanctions auront été mises en œuvre avec les montants notifiés et les montants réellement encaissés à la suite de sa mise en œuvre.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale	**Article L. 242-1-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation à l'article L. 242-1, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire en termes de durée effective d'emploi et de rémunération versée, évaluées forfaitairement à 25 % du plafond annuel défini à l'article L. 241-3 du présent code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises à l'article L. 242-1-1 du présent code et sont réputées avoir été versées au cours du mois où le délit de travail dissimulé est constaté.	Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation à l'article L. 242-1, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire en termes de durée effective d'emploi et de rémunération versée, évaluées forfaitairement à 25 % du plafond annuel défini à l'article L. 241-3 du présent code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises à l'article L. 242-1-1 du présent code et sont réputées avoir été versées au cours du mois où le délit de travail dissimulé est constaté. **Lorsque la situation relevée concerne un particulier employeur mentionné aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6, l'évaluation forfaitaire par salarié est égale à la moitié du plafond retenu au premier alinéa.**
Les modalités de prise en compte de la rémunération forfaitaire prévue au premier alinéa en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources au titre des prestations servies par les organismes de sécurité sociale sont précisées par décret en Conseil d'Etat.	Les modalités de prise en compte de la rémunération forfaitaire prévue **aux deux alinéas précédents** ~~*au premier alinéa*~~ en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources au titre des prestations servies par les organismes de sécurité sociale sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L. 243-12-1 du code de la sécurité sociale	**Article L. 243-12-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11, quel que soit leur cadre d'action, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.	Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11, ~~*quel que soit leur cadre d'action, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.*~~ **entraîne l'application par le directeur de l'organisme concerné d'une pénalité d'un montant maximal de 3 750 euros pour un particulier employeur mentionné aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6, de 7 500 euros pour un travailleur indépendant au titre de ses cotisations et contributions sociales dues à titre personnel et de 7 500 euros par salarié pour un employeur dans la limite de 750 000€ par employeur. Le plafond du montant de ces pénalités est porté au double en cas de nouveau manquement constaté dans un délai de cinq ans à compter du jour où la pénalité concernant un précédent manquement est devenue définitive.** **L'obstacle à contrôle mentionné à l'alinéa précédent est caractérisé par des actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées par les agents, quel que soit leur cadre d'action, visant notamment à refuser l'accès à des lieux professionnels, à refuser de communiquer une information formellement sollicitée quel qu'en soit le support, y compris dématérialisé, à ne pas répondre ou à apporter une réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle.** **Pour fixer le montant de la pénalité, le directeur de l'organisme prend en compte les circonstances et la gravité du manquement.** **Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites dans un délai fixé par décret en Conseil d'État. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé par la mise en demeure mentionnée à l'article L. 244-2 en lui indiquant les voies et délais de recours applicables.** **L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit dans le délai fixé à l'article L. 244-8-1 à compter de l'expiration du délai mentionné à l'article L. 244-2.** **Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.**

Article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime	Article L. 723-11 modifié du code rural et de la pêche maritime
La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions : 1° De représenter la mutualité sociale agricole auprès des pouvoirs publics ; 2° De participer à toutes opérations de nature à faciliter l'exercice par les caisses de mutualité sociale agricole de leurs attributions, notamment : a) En apportant aux caisses l'information et la documentation relatives à l'application de la législation sociale agricole ; b) En mettant en œuvre des traitements automatisés permettant d'identifier sur le plan national les bénéficiaires des régimes de protection sociale agricole et de centraliser les informations nécessaires à la détermination des prestations dues aux assurés ; c) En assurant la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 et en passant, pour son propre compte et celui desdits organismes, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par la caisse centrale ou les organismes de mutualité sociale agricole ; d) En passant des conventions dans les matières et avec les organismes définis aux articles L. 723-7, L. 723-8 et L. 723-9 qui, lorsqu'elles ont été approuvées par le ministre chargé de l'agriculture, sont applicables de droit dans l'ensemble des organismes de Mutualité sociale agricole ; 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; 4° De gérer les opérations de compensation en matière de gestion, d'action sanitaire et sociale et de contrôle médical des caisses de mutualité sociale agricole ; 5° De procéder aux répartitions des recettes et compensations de charges dans les conditions prévues par décret ; 6° De promouvoir et animer l'action sanitaire et sociale ; 7° De promouvoir la prévention des accidents du travail des salariés agricoles ; 8° De promouvoir la prévention des accidents du travail des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ; 9° De contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux et, par ses avis, à la définition des orientations et des conditions de mise en œuvre de la politique de développement rural en matière sanitaire et sociale ; 10° De prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes ; 11° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de	*Sans changement* **11° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle afin de détecter les fraudes et les**

contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations ; 12° D'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1. L'individualisation de la trésorerie des différentes branches des régimes des salariés et des non-salariés agricoles est assurée par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable, dans des conditions fixées par décret.	**comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L.723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations et au recouvrement des cotisations notamment ;** Sans changement
Article L. 724-9 du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 724-9 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Les agents mentionnés aux articles L. 724-7 et L. 724-8 ont les mêmes pouvoirs et bénéficient de la même protection que les inspecteurs du travail et les contrôleurs du travail. Les agents visés à l'alinéa précédent peuvent accéder aux informations détenues par les services déconcentrés du ministère chargé de l'agriculture relatives aux exploitations agricoles que ces agents ont la charge de contrôler. A la demande des caisses de mutualité sociale agricole, ces services leur transmettent les données relatives aux bénéficiaires des primes communautaires, dont ils disposent.	Les agents mentionnés aux articles L. 724-7 et L. 724-8 ~~*ont les mêmes pouvoirs et bénéficient de la même protection que les inspecteurs du travail et les contrôleurs du travail*~~ **bénéficient dans le cadre de leurs fonctions de la protection mentionnée à l'article L. 243-12-3 du code de la sécurité sociale.** Sans changement **Les dispositions de l'article L. 243-7-1 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole.**
Article L. 724-13 du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 724-13 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Sont passibles d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 37 500 euros ou de l'une de ces deux peines seulement les oppositions ou obstacles aux visites ou inspections des fonctionnaires et agents de contrôle mentionnés au premier alinéa de l'article L. 724-11.	~~*Sont passibles d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 37 500 euros ou de l'une de ces deux peines seulement les oppositions ou obstacles aux visites ou inspections des fonctionnaires et agents de contrôle mentionnés au premier alinéa de l'article L. 724-11.*~~ **I.- En cas d'obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 724-7 dans leur mission de contrôle des obligations déclaratives et de paiement des employeurs et des personnes non salariées agricoles mentionnées aux articles L. 722-1 et L. 731-23 ou des agents mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 724-8, l'article L. 243-12-1 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole sous réserve des adaptations particulières suivantes :** **1° Le particulier employeur mentionné au premier**

	alinéa de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les personnes mentionnées à l'article L. 731-23 du présent code ; **2° Le travailleur indépendant mentionné au premier alinéa de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les personnes mentionnées à l'article L. 722-1 du présent code.** **II.- Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 724-7 dans le cadre des opérations de contrôle portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis par les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants-droit, en vue de bénéficier des prestations servies au titre des différentes branches des régimes de protection sociale des non-salariés et des salariés agricoles mentionnées aux articles L.722-8, L.722-27 et L732-56 ou de bénéficier des mesures prévues aux articles L726-1 et L. 726-3, entraîne l'application de la pénalité prévue à l'article L.114-17 du code de la sécurité sociale dans les conditions fixées par cet article.** **III.- Les peines prévues à l'article L. 8114-1 du code du travail sont applicables en cas d'obstacle à fonctions des agents mentionnés au premier alinéa de l'article L.724-8 du présent code.**

ARTICLE 14- Amélioration de l'effectivité des outils de recouvrement des cotisations en cas de détection de situations de travail illégal et clarification des délais de prescription applicables en matière de recouvrement

I. Présentation de la mesure

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

a) Des taux de recouvrement des créances notifiées dans le cadre des opérations de LCTI qui demeurent à des niveaux insuffisants

La lutte contre la fraude sociale constitue un axe majeur de l'action des pouvoirs publics. La fraude aux cotisations sociales représente, en effet, un préjudice pour l'équilibre financier de la sécurité sociale mais aussi pour les droits sociaux des salariés concernés. C'est également un facteur de distorsion de concurrence entre les entreprises.

Les résultats des opérations de contrôle, en progression constante et soutenue sur les cinq dernières années, démontrent l'efficacité de cette démarche et plus particulièrement celle de l'introduction par les pouvoirs publics d'outils réglementaires spécifiques dans le domaine de la lutte contre le travail illégal, mais également les progrès réalisés par les organismes de recouvrement en matière de connaissance de la fraude et d'amélioration du ciblage des opérations de contrôle.

Années	Montants LCTI notifiés
2011	209 M€
2012	251 M€
2013	291 M€
2014	401 M€
2015	462 M€

Or, si les montants des redressements notifiés sont en constante croissance, avec un quasi-doublement des montants notifiés à ce titre depuis 2012, le taux de recouvrement effectif des créances après contrôle LCTI (lutte contre le travail illégal) demeure à des niveaux insuffisants, et ce sans évolution depuis plusieurs années. Il s'élève aujourd'hui à 9% des redressements notifiés suite à établissement d'un procès verbal de travail illégal.

L'intentionnalité de la fraude et les comportements d'organisation de leur insolvabilité par les entreprises détectées et redressées expliquent pour une large part les niveaux constatés, mais justifient également de mettre à disposition des organismes de recouvrement des outils adaptés au recouvrement de ce type de créances.

Deux outils principaux sont aujourd'hui mobilisables pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales dans les cas de fraudes constatées. Toutefois, ils sont peu utilisés en raison essentiellement de leur relative complexité et, de manière essentielle, des délais nécessaires à leur utilisation.

b) Les outils à disposition pour faciliter la mise en recouvrement des montants notifiés en matière de LCTI sont aujourd'hui trop complexes et encadrés par des procédures trop longues pour être réellement efficaces

Deux outils principaux sont aujourd'hui mobilisables pour le recouvrement des cotisations dans les cas de détection d'infractions de travail illégal, l'un spécifiquement dédié aux créances LCTI, la procédure de flagrance sociale, l'autre pouvant être mobilisé pour recouvrer l'ensemble des créances de cotisations sociales, l'opposition à tiers détenteur. Ces deux outils sont caractérisés par certaines limites au regard des spécificités du recouvrement des créances au titre de la lutte contre le travail illégal.

- ***La flagrance sociale***

Créée en LFSS pour 2012 sur le modèle de la flagrance fiscale, la flagrance sociale, levier spécifique à la lutte contre le travail illégal, permet de « geler » des actifs de la personne contrôlée à hauteur du préjudice constaté, afin de garantir le paiement des sommes dues.

Elle permet à un inspecteur du recouvrement, dans le seul cadre d'une procédure de contrôle impliquant un procès verbal de travail illégal et dans les cas où le comportement de l'entreprise ou de ses dirigeants « met en péril » le recouvrement des cotisations dissimulées, de dresser un procès verbal de flagrance sociale comportant l'évaluation du montant des cotisations dues.

Cette procédure est similaire à celle de la flagrance fiscale. Elle s'en éloigne néanmoins sur un aspect essentiel puisque dans la procédure de flagrance sociale le directeur de l'organisme, pour mettre en œuvre des mesures conservatoires de gel des actifs de la personne contrôlée, doit saisir préalablement le juge de l'exécution afin d'obtenir son autorisation. Cette procédure correspond en définitive à celle applicable à tout créancier privé ou public en application des dispositions du code des procédures civiles d'exécution, ce qui revient à traiter l'organisme de recouvrement comme un créancier de droit commun, alors même qu'il est investi dans d'autres domaines du recouvrement, du fait de ses missions de recouvrement des cotisations et contributions sociales, de prérogatives de puissance publique.

Par ailleurs, la saisine du juge de l'exécution préalablement à l'exécution de toute saisie conservatoire (sur les biens mobiliers, par exemple du matériel de chantier) ou sûreté judiciaire (sur les biens immobiliers, fonds de commerce, actions, parts sociales et valeurs mobilières) génère un délai incompressible de mise en œuvre des saisies conservatoires, permettant dans la plupart des cas au cotisant de bénéficier du temps nécessaire pour organiser son insolvabilité, ou encore de disparaître, ce qui est particulièrement problématique compte tenu des limites des possibilités de l'identification des personnes physiques dirigeant ces sociétés et de les retrouver, notamment dans le cadre de nouvelles activités. En pratique, le délai compris entre le moment où les faits sont constatés et la notification de la décision du juge de l'exécution est estimé entre 3 semaines et un mois[1].

Il convient de noter que si la procédure de flagrance fiscale conduit à ne pas solliciter l'intervention du juge pour procéder à des saisies conservatoires, c'est en raison de la possibilité ouverte au redevable de contester par référé à la fois l'établissement de la flagrance fiscale et la prise des mesures conservatoires. Le juge du référé en contestation des saisies conservatoires se prononce ainsi sur le bien-fondé et la régularité de la saisie conservatoire, c'est à dire sur :

- l'existence d'une créance paraissant fondée en son principe ;
- le calcul de la somme visée par la saisie ;
- le préjudice irréparable éventuel causé à l'entreprise en cas de maintien de la saisie ;
- la régularité formelle du procès-verbal de flagrance servant de base à la saisie.

- ***L'opposition à tiers détenteur (OTD)***

L'opposition à tiers détenteur peut être utilisée pour le recouvrement de toutes les créances de cotisations et de contributions sociales, qu'elles soient de nature frauduleuse ou non. Elle permet aux organismes de recouvrement d'appréhender des créances détenues auprès de tiers (typiquement un organisme bancaire) pour obtenir l'attribution immédiate puis le paiement des cotisations dues par un cotisant. Elle est inspirée de l'avis à tiers détenteur fiscal (ATD) et a été créée afin de doter les organismes du recouvrement d'une voie d'exécution alternative à la saisie attribution, procédure qui présente la caractéristique de nécessiter le recours à des huissiers.

La procédure de l'OTD présente des limites en matière de travail illégal dues aux conditions requises pour sa mise en œuvre, qui peuvent laisser la possibilité au débiteur d'organiser son insolvabilité. En effet, la procédure ne peut être mise en œuvre qu'après la notification d'une contrainte qui fait elle-même suite à envoi préalable d'une mise en demeure au débiteur. Ce parcours de recouvrement en deux temps (mise en demeure puis contrainte), préalables à la notification d'une opposition à tiers détenteur, crée nécessairement des délais incompressibles significatifs. La contrainte est décernée au débiteur (dans la pratique des URSSAF, par recours systématique à des cabinets d'huissiers de justice) au minimum dans un délai de 45 jours après la date d'exigibilité de la créance (exigibilité matérialisée par la notification de la mise en demeure). L'opposition à tiers détenteur ne pouvant en outre être notifiée que 15 jours après la signification de la contrainte (c'est-à-dire à l'expiration du délai d'opposition à contrainte), il convient donc de compter en matière de lutte contre le travail illégal[2] 85 jours entre la naissance de la dette par notification d'une mise en demeure et son recouvrement potentiel auprès d'un tiers détenteur via l'OTD.

Ce processus ne répond ainsi pas à la nécessité en termes d'effectivité du recouvrement de sécuriser rapidement les montants attendus. En effet, les délais incompressibles précités d'utilisation de l'OTD peuvent permettre aux cotisants,

[1] Source réseau URSSAF.

[2] Hors LCTI, le paiement n'étant pas possible immédiatement compte tenu du caractère suspensif d'un éventuel recours dans les délais légaux, le versement des sommes dans le cadre de l'OTD ne peut en pratique être effectué qu'à expiration du délai complémentaire de 30 jours prévu par l'article L. 652-3 du CSS, soit un délai global quasi-incompressible de 115 jours. La contestation de l'OTD a ainsi pour conséquence de différer le paiement jusqu'à décision du juge (les dérogations en cas de travail illégal, en cas d'obstacle à contrôle et en cas de recours dilatoire ou abusif ayant été introduites par l'article 24 de la LFSS pour 2015).

par le jeu de contestations systématiques, d'organiser leur insolvabilité dans les délais d'obtention d'un titre exécutoire, et singulièrement en matière de LCTI. En matière fiscale, ces délais peuvent être beaucoup plus brefs puisqu'un ATD peut être notifié dans les 30 jours. Par ailleurs, tandis que l'ATD permet à l'administration fiscale de recouvrer les sommes dues immédiatement après la notification (sauf sursis à paiement sollicité par le débiteur), les organismes de recouvrement ne peuvent encaisser, sauf dans les cas de LCTI, le montant de leur créance qu'après extinction du délai de recours de 30 jours ouvert au débiteur et au tiers détenteur saisi. Ainsi, l'administration fiscale peut obtenir le versement des sommes saisies dès la signification de l'ATD, sans attendre l'expiration du délai d'opposition à poursuite ni l'issue de cette procédure éventuellement engagée par le débiteur, c'est-à-dire dans un délai de 40 jours.

Si l'administration fiscale a internalisé le recouvrement forcé grâce à l'ATD, qui est le dispositif de droit commun pour recouvrement forcé (plus de 5,3 millions d'ATD en 2014) – elle fait plus rarement application des procédures d'exécution mobilières de droit commun telles que la saisie de créances ou la saisie-vente et pour l'essentiel pour ce qui concerne des créances de droit commun – le réseau des URSSAF a fait le choix d'externaliser ce processus auprès des huissiers de justice, en mettant en avant notamment la justification des délais. Ainsi, le recours à l'OTD est actuellement anecdotique au sein des URSSAF (URSSAF : moins de 50 OTD en 2013 et moins de 10 en 2014 et 2015 ; caisses MSA : 830 OTD en 2013, plus de 3 000 OTD en 2015). Les URSSAF confient donc leurs créances non recouvrées suite à mise en demeure à des études d'huissiers de justice dans le cadre de conventions, qui procèdent à la signification de contraintes puis à leur exécution par voie de saisies (saisie-attribution, saisie-vente). Cette procédure évite, moyennant un surcoût pour le redevable[1], de mobiliser des effectifs sur les fonctions d'exécution forcée.

La Cour des comptes, dans deux rapports récents (rapport d'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2014 et rapport de juillet 2016 relatif à l'organisation de la collecte des prélèvements versés par les entreprises en application d'une obligation légale) relève que la procédure de l'OTD reste moins performante que celle de l'ATD fiscal, du fait notamment de sa complexité.

c) Le champ de l'OTD n'inclut pas le recouvrement des prestations sociales indûment versées

L'OTD initialement créée au bénéfice des organismes auxquels sont affiliés les travailleurs indépendants a été étendu aux URSSAF en 1999 et aux caisses MSA en LFSS pour 2015.

Ce dispositif a pu être étendu grâce à l'harmonisation préalable des conditions de délivrance des contraintes, permettant le respect de la phase contradictoire. Il permet ainsi aux organismes de sécurité sociale de disposer d'un moyen de recouvrement forcé de leur créances sans intervention du juge a priori. L'OTD reste néanmoins conditionnée à l'absence de contestation du débiteur.

Les organismes prestataires du régime général (CNAMTS, CNAV et CNAF) ainsi que les régimes spéciaux ne disposent pas de cette faculté alors que les conditions de délivrance de la contrainte sont harmonisées entre tous les régimes et garantissent le respect de la phase contradictoire.

d) Le retrait des exonérations de cotisations de sécurité sociale ne concerne que les situations de travail dissimulé et non le travail illégal

Actuellement, la sanction de retrait des mesures de réduction et d'exonération de cotisations de sécurité sociale ne concerne que le constat de travail dissimulé. Elle constitue un puissant outil de dissuasion au regard de ces conséquences financières pour l'employeur. En 2015, elle a ainsi été mobilisée dans la branche du recouvrement pour plus de 27 M€ d'annulation (2300 décisions sur 11 300 infractions de travail dissimulé).

Il apparaît pertinent d'étendre la sanction existante aux autres infractions constitutives du travail illégal, tout aussi répréhensibles (marchandage, prêt illicite de main-d'œuvre, emploi d'étranger non autorisé à travailler).

e) Le recouvrement des cotisations et contributions sociales est régi par l'enchaînement de différents délais de prescription peu compréhensibles

Les dispositions du code de la sécurité sociale distinguent trois types de délais de prescription en matière de recouvrement des cotisations de sécurité sociale :

L'article L. 244-3 du code de la sécurité sociale fixe le délai de prescription de la créance en encadrant le contenu des mises en demeure. Deux délais distincts sont posés selon que la créance relève du principal ou de l'accessoire :

S'agissant des cotisations et contributions sociales dues à titre principal, le texte prévoit que la mise en demeure ne peut concerner que les cotisations exigibles au cours des trois années (cinq années en matière de lutte contre le travail illégal) qui précèdent l'année de son envoi, ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de son envoi.

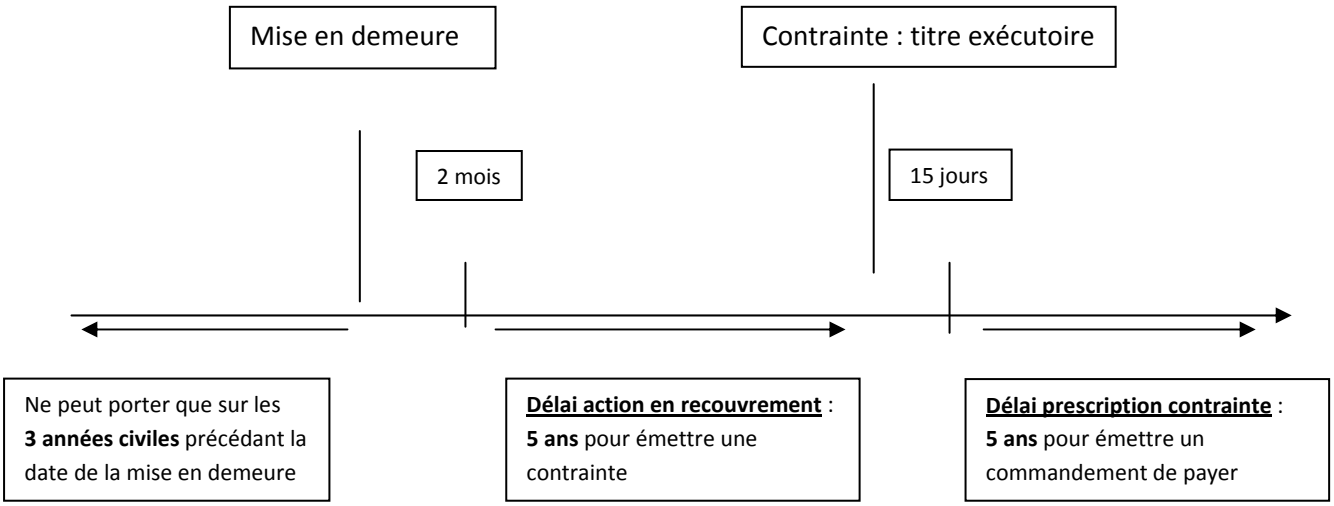
S'agissant des pénalités et majorations de retard, le texte prévoit que la mise en demeure doit être adressée dans un délai de 2 ans, soit à compter du paiement du principal pour les majorations de retard, soit de la production des déclarations ou de la mise en demeure du principal pour les pénalités de retard.

[1] Qui il est vrai est mise au débit du cotisant quand le recouvrement aboutit.

L'article L. 244-11 du code de la sécurité sociale prévoit que l'action en recouvrement des cotisations se prescrit dans un délai de cinq ans, à compter de l'expiration du délai d'un mois imparti au débiteur pour se manifester à réception de la mise en demeure.

L'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale ne fixe pas en tant que tel un délai de prescription de la contrainte mais prévoit que la contrainte décernée pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales ainsi que des majorations de retard et pénalités comporte, à défaut d'opposition à contrainte formée par le débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, tous les effets d'un jugement, permettant de réaliser, notamment par voie d'huissier, des actes d'exécution de cette contrainte dans le cadre du recouvrement forcé (saisie attribution sur compte bancaire, saisie vente de biens mobiliers, etc.).

Avant 2008, la Cour de cassation considérait qu'une contrainte non contestée était soumise à la prescription trentenaire définie par le code civil et non à la prescription quinquennale attachée à l'action en recouvrement[1]. La contrainte non contestée comportant tous les effets d'un jugement au sens de l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale, il était considéré que le délai de 30 ans s'appliquait. La loi du 17 juin 2008 portant réforme de la prescription en matière civile, dont l'objectif premier était de raccourcir et d'harmoniser les délais de prescription, a réduit ce délai trentenaire à cinq ans. Suite à cette réforme, la pratique des caisses de sécurité sociale s'est ainsi alignée sur le délai de cinq ans. Le schéma ci-dessous retrace l'enchaînement des délais de prescription appliqués par les organismes de recouvrement.



Trois arrêts de la Cour de cassation des 17 et 31 mars 2016[2] donnent une interprétation nouvelle du délai de prescription des titres exécutoires délivrés par les organismes de recouvrement de la sécurité sociale en application de la loi de 2008 et le limitent à trois ans. La Cour de cassation a ainsi aligné les délais de prescription de la contrainte non contestée sur le délai qui correspond à la « nature » de la créance.

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

a) Mesures proposées

- ***Il est proposé de permettre à l'organisme de recouvrement en cas de constat de travail illégal de procéder de manière très rapide à des saisies conservatoires***

En matière de lutte contre le travail illégal, le recouvrement des créances est largement compromis par le comportement des débiteurs qui tentent d'organiser leur insolvabilité. Pour rendre plus efficient le recouvrement de ces créances, il est proposé de geler les biens des débiteurs, qu'ils soient détenus directement par le débiteur ou auprès de tiers, et ce au plus près de la constatation des créances frauduleuses. Ainsi, dès l'établissement du procès-verbal de travail dissimulé, il est proposé d'ouvrir au directeur la possibilité de saisir de manière conservatoire des biens du débiteur. Cette mesure sera applicable aux entreprises et travailleurs indépendants (agricoles et non-agricoles) contrôlés par les organismes en charge du recouvrement.

Cette procédure conduit ainsi à faire évoluer l'actuelle procédure de flagrance sociale en s'inspirant de la procédure de flagrance fiscale sur deux aspects. En premier lieu, il s'agit de permettre de pratiquer des saisies conservatoires (c'est-à-dire de geler les biens meubles corporels et incorporels) à la suite de l'établissement du procès-verbal de travail illégal, sans autorisation préalable du juge de l'exécution.

[1] Arrêts de la Cour de Cassation, ch. soc. du 23 novembre 1989.

[2] Trois arrêts de la Cour de cassation. 2ème ch.civ. des 17 et 31 mars 2016

Ainsi, la mesure proposée consiste à :

- accélérer la procédure en permettant au directeur de pratiquer une saisie conservatoire sans avoir à solliciter une autorisation préalable du juge de l'exécution. L'organisme de recouvrement pourra immédiatement procéder à la saisie conservatoire, dès l'établissement du PV de travail illégal, sans devoir préalablement saisir le juge de l'exécution, afin d'empêcher le débiteur d'organiser son insolvabilité. Le gel des actifs, notamment des avoirs bancaires, de la personne contrôlée pourra ainsi intervenir immédiatement. L'établissement d'un document remis au cotisant, qui informera ce dernier des dispositions légales applicables en cas de travail illégal et notamment de la possibilité de procéder à des saisies conservatoires, apportera les éléments nécessaires au directeur de l'organisme de recouvrement pour qu'il puisse prendre la décision d'engager les procédures actuellement mobilisables sur décision du juge de l'exécution de saisie conservatoire. Si l'employeur apporte des garanties permettant de couvrir le montant des sommes dues, il ne sera pas procédé à la saisie.
- La mesure demeure restreinte à la seule possibilité de gel des actifs à hauteur des sommes estimées dues (comprenant l'évaluation, forfaitaire ou au réel, des cotisations éludées, ainsi que les majorations applicables et les éventuelles annulation d'exonérations accordées), et ne conduit pas à un transfert de propriété : un tel gel, qui donne à l'organisme de recouvrement des garanties sur les sommes dues, s'avère un mécanisme efficace pour le recouvrement tout en restant ainsi protecteur des droits du cotisants et notamment de son droit de propriété.

De manière pratique, dès constat de travail illégal, la personne contrôlée se verra remettre un le document l'informant des dispositions légales applicables à ce manquement et notamment de la possibilité pour le directeur de pratiquer une saisie conservatoire et des délais et voies de recours contre cette décision suite au constat de la situation de travail dissimulé et de l'évaluation des montants dus en conséquence. Cette décision, qui est prise à hauteur du préjudice constaté, peut être ainsi mise en œuvre au cours des opérations de contrôle, sans notification préalable obligatoire de la mise en demeure. De manière schématique, l'utilisation de ces procédures pourrait s'effectuer ainsi : après constat de travail illégal lors d'un contrôle et élaboration d'un PV de travail dissimulé, l'URSSAF pourra procéder à une saisie conservatoire soit directement auprès du débiteur ou auprès d'un tiers détenteur de biens appartenant au débiteur. La saisie vise les biens meubles corporels et incorporels de la personne contrôlée et dont elle est en possession (par exemple, du matériel de chantier, des véhicules professionnels, etc.).

Au regard du dispositif actuel de flagrance sociale, la procédure est par ailleurs allégée pour les organismes puisqu'ils n'auront plus à justifier de la condition de « mise en péril du recouvrement des cotisations ». En effet, celle-ci peut être présumée dans la mesure où la très grande majorité des créances notifiées actuellement au titre de la LCTI ne sont pas recouvrées.

Toutefois, il est possible au cotisant d'apporter, à tout moment de la procédure, des garanties suffisantes afin de solliciter la mainlevée de la saisie. Ces garanties ne valent pas reconnaissance de sa part des faits reprochés mais permettent de lever tout risque pour l'organisme de non-recouvrement des sommes estimées.

En outre, ce système permet au cotisant de choisir les garanties qu'il peut apporter et pour prouver sa capacité à payer de l'entreprise : il pourra s'agir de l'intervention d'un tiers (caution bancaire notamment) ou de la présentation d'éléments comptables suffisant à se prémunir de l'insolvabilité ou de l'organisation de celle-ci (par exemple par la présentation de l'actif immobilisé). Les garanties pouvant être apportées seront précisées par voie réglementaire.

En second lieu, et de manière à garantir le droit d'accès au juge, il est proposé la mise en place d'une possibilité de recours devant le juge de l'exécution contre la décision du directeur de l'organisme de pratiquer une saisie conservatoire ou de refuser les garanties apportées par le cotisant, à l'initiative selon le cas du débiteur ou du tiers saisi. Afin de garantir au cotisant un droit au recours rapide et effectif, la loi prévoit que le juge se prononce dans un délai maximal de 15 jours.

Ce recours sera complémentaire de la procédure qui peut d'ores et déjà aujourd'hui être initiée par le cotisant contre le redressement au titre du travail dissimulé. La personne contrôlée aura ainsi la possibilité de saisir le juge de l'exécution en ce qui concerne le bien fondé et la régularité de l'éventuelle saisie conservatoire, outre les recours déjà possibles en ce qui concerne l'appréciation de la forme de la saisie et l'éventuelle nullité de celle-ci pour violation des règles de la procédure civile.

Ce nouveau dispositif, qui permet de « geler » très rapidement les sommes actifs à hauteur des sommes dont le cotisant débiteur est créancier dans les situations de travail dissimulé, permettant ainsi de contrecarrer les manœuvres dilatoires des débiteurs, tout en préservant des voies de recours avec des délais classiques, s'inscrit dans le cadre posé par la jurisprudence du Conseil constitutionnel de 1999 en matière de recouvrement forcé, dans sa décision sur l'extension du champ de l'OTD des travailleurs indépendants aux employeurs concernant le droit au recours et le principe du contradictoire, dans la mesure où les dispositions prises auront seulement une nature conservatoire (gel des sommes actifs, comme cela est le cas pour la flagrance sociale et non attribution comme c'est le cas dans la procédure d''OTD).

• *L'extension du champ de l'OTD au recouvrement des prestations sociales indument versées*

Il est proposé d'offrir les mêmes moyens de recouvrement à l'ensemble des organismes prestataires en permettant aux organismes du régime général d'effectuer le recouvrement de leurs indus de prestations par voie de l'OTD, comme cela est déjà le cas pour les régimes de travailleurs indépendants.

Le dispositif serait applicable à la CNAMTS, à la CNAV, à la CNAF et aux régimes spéciaux.

Cette extension est particulièrement justifiée pour le recouvrement des indus frauduleux pour lesquelles la rapidité d'exécution permet d'améliorer le montant des sommes recouvrées. Elle permet par ailleurs d'assurer une égalité de traitement entre d'une part, les assurés du régime agricole et les travailleurs indépendants et d'autre part, les assurés du régime général.

• *L'extension du retrait des exonérations de cotisations de sécurité sociale en cas de constat de travail illégal*

Dans un objectif de renforcement des sanctions administratives à l'encontre des entreprises auteurs d'infraction de travail illégal, il est proposé d'élargir le dispositif de réduction ou suppression d'exonérations de cotisations mobilisé par les URSSAF et les caisses de MSA à l'ensemble des infractions constitutives de travail illégal dont l'entreprise pourrait être l'auteur : le prêt de main-d'œuvre illicite (article L. 8241-1 du code du travail), le marchandage (article L. 8231-1 du code du travail) et l'emploi d'étranger sans titre de travail (article L. 8251-1 du code du travail).

• *Des délais de recouvrement harmonisés et clarifiés (délais applicables à la créance, à l'action en recouvrement et à l'action en exécution de la contrainte)*

Il est proposé d'améliorer la lisibilité des délais de recouvrement en leur apportant davantage de cohérence tout en restant respectueux du cadre fixé par la Cour de cassation dans ses derniers arrêts. Ainsi, de manière schématique, les délais de recouvrement sont regroupés en des délais de 3 ans pour les situations hors travail dissimulé et à 5 ans pour les situations de travail dissimulé.

Une clarification des délais applicables à la créance

Afin d'améliorer la lisibilité des textes et en favoriser la bonne compréhension pour le cotisant, il est proposé de préciser de manière explicite le délai applicable, étant entendu qu'en l'état actuel du droit, le délai de prescription de la créance se calcule de manière peu intuitive « à rebours » à compter de la date d'envoi de la mise en demeure. Il est dès lors proposé d'inverser cette présentation et de calculer le délai de prescription de la créance à compter de son fait générateur :

- s'agissant des créances en principal, il est proposé d'indiquer qu'elles se prescrivent, soit hors cas de travail illégal, par 3 ans à compter de l'expiration de l'année au cours de laquelle elles sont dues, soit en cas de travail illégal, par 5 ans à compter de l'expiration de l'année au cours de laquelle elles sont dues.

- s'agissant des créances accessoires (majorations et pénalités de retard), il est proposé de porter le délai actuel de 2 ans à 3 ans (ou 5 ans en matière de LCTI), pour l'aligner sur les autres délais de prescription, dans une logique de cohérence d'ensemble (et subsidiairement de cohérence entre le régime général et les régimes des indépendants non agricoles d'une part et le régime agricole d'autre part, où ce délai est déjà de 3 ans ou 5 ans).

En matière de contrôle, l'enjeu relatif au délai de prescription est particulier et justifie la définition explicite des règles le concernant. Le délai est calculé depuis la date de la mise en demeure. Celle-ci doit donc être adressée la même année que celle au cours de laquelle le contrôle a été réalisé pour éviter la perte d'une année de cotisations. S'il est souhaitable que la phase d'échange contradictoire, soit pleinement utilisée par le cotisant contrôlé pour faire valoir ses droits, il n'y pas lieu qu'elle conduise à faire courir un risque sur les résultats du contrôle. Il est donc proposé que le délai de prescription soit suspendu pendant la période contradictoire, qui débute par l'envoi d'une lettre d'observations et d'achève par la réponse dans laquelle l'inspecteur accepte ou rejette de manière les éléments communiqués par l'entreprise. Ce dispositif s'inspire des dispositions en vigueur en matière fiscale[1].

[1] Comme cela peut-être le cas également, en matière fiscale. L'administration fiscale dispose d'un pouvoir de contrôle des déclarations et autres actes nécessaires à l'établissement de l'impôt encadré par un « délai de reprise ». Il s'agit d'un délai de prescription à l'expiration duquel l'administration ne peut plus rectifier les omission ou erreurs d'imposition constatées, qui correspond au délai conféré aux organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions sociales pour réaliser le contrôle des cotisants. Ce délai de reprise, généralement de trois ans, peut être interrompu par certains événements tels qu'une proposition de rectification adressée au contribuable par l'administration par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Un nouveau délai court alors à compter du 1er janvier de l'année qui suit cet acte interruptif.

Un alignement des délais applicables à l'action en recouvrement sur les délais applicables à la créance

Il est proposé d'aligner le délai de prescription de l'action en recouvrement suite à envoi d'une mise en demeure, actuellement de cinq ans, sur celui de la créance, à savoir trois ans (hors cas de LCTI, où le délai demeurerait fixé à cinq ans). En pratique les organismes émettent une contrainte suite à mise en demeure dans des délais aujourd'hui limités à quelques dizaines de jours au plus. Un délai de trois ans apparaît donc suffisant pour les créanciers sociaux, auprès desquels cette modification de délai n'aura que peu d'effet sur la gestion du recouvrement de leurs créances.

Un alignement des délais applicables à l'exécution de la contrainte sur les délais applicables à la créance

Il est enfin proposé de préciser explicitement (contrairement aux dispositions actuelles ayant donné lieu à l'interprétation récente du juge) dans la loi le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive pour ce qui concerne le champ du recouvrement des cotisations, qu'il s'agisse du régime général, du régime agricole ou du régime des travailleurs indépendants. Le délai applicable en matière d'exécution de la contrainte est ainsi porté dans la loi explicitement à trois ans (cinq ans en matière de LCTI). Reste inchangé le délai de prescription de la contrainte contestée de 10 ans, aux termes des articles L. 111-3 et L. 111-4 du code des procédures civiles d'exécution.

b) Autres options possibles

- ***La saisie conservatoire accélérée dans le cadre du constat de travail illégal par l'adaptation de la procédure de flagrance sociale et de l'opposition à tiers détenteur***

Le faible niveau de recouvrement des créances frauduleuses aurait pu justifier une mesure autorisant l'attribution des biens et non un dispositif de mesure conservatoire. Cette option a été écartée car la garantie que constitue la saisie conservatoire qui permet de geler les biens pour obtenir in fine le paiement des sommes dues apparaît suffisante au regard de l'objectif poursuivi et garantit davantage les droits du débiteur.

Il aurait également pu être envisagé de ne modifier que la procédure actuelle de l'OTD en raccourcissant les délais de recours afin d'accélérer le recouvrement. Ces modifications, de niveau réglementaire, permettraient d'accélérer la procédure de l'OTD pour le recouvrement de toutes les créances, frauduleuses ou non. Cette mesure est cependant moins ambitieuse que la saisie conservatoire adaptée à la lutte contre le travail illégal et ses effets incitatifs seraient plus limités.

- ***Le recouvrement des prestations indues***

Conserver un champ d'application de l'OTD limité au recouvrement des indus de prestations des seuls assurés agricoles et travailleurs indépendants aurait conduit à maintenir une inégalité de traitement peu justifiable.

- ***La clarification des délais applicables à la créance, à l'action en recouvrement et à l'action en exécution de la contrainte***

Afin de conserver le délai de prescription appliqué par les organismes de recouvrement jusqu'aux arrêts de la Cour de cassation de 2016, il aurait pu être proposé de clarifier le droit appliqué en conservant un délai de cinq ans de prescription de la contrainte non contestée. Cette option a été écartée au regard des considérations d'efficience du recouvrement qui commande un délai de recouvrement le plus bref possible. En effet, le taux de recouvrement des créances est élevé dans les premiers mois de la procédure puis décroît au fil du temps. Ainsi, la probabilité de recouvrement à trois ans, qui est relativement faible (4,8%), est très proche de celle à cinq ans.

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

Cette mesure modifie les modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées au régime général de sécurité sociale, au régime agricole et au régime social des indépendants. Elle prend place, à ce titre, dans 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 sont 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 sont 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.

Il convient de rappeler que 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 s'appliquant spécifiquement à ce sujet la mesure n'et 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 saisie conservatoire accélérée dans le cadre du constat de travail illégal par l'adaptation de la procédure de flagrance sociale et de l'opposition à tiers détenteur

Il est proposé :

- la création d'un article dans le livre 1er relatif à la saisie conservatoire en cas de constat de travail illégal, qui en permet l'application pour le régime général, le régime agricole et le régime des travailleurs indépendants (L. 133-1 du CSS), les actuelles dispositions relatives à la flagrance sociale étant supprimées du livre 2 ;
- de transférer, à réglementation constante, dans le livre 1er la procédure de l'opposition à tiers détenteur de droit commun (qui reste mobilisable en cas de travail illégal mais aussi hors de ces cas) afin de la rendre applicable à la fois au régime général (recouvrement et prestations), aux travailleurs indépendants, au régime agricole et aux régimes spéciaux (prestation uniquement) (L. 133-4-9 du CSS) .

• L'extension du retrait des exonérations de cotisations de sécurité sociale en cas de constat de travail illégal

L'ensemble de la mesure peut être codifié : modification des articles L. 133-4-2 et L. 242-1-1- du code de la sécurité sociale, création d'un article L. 8271-6-4 et abrogation de l'article L. 8271-8-1 du code du travail.

• La clarification des délais applicables à la créance, à l'action en recouvrement et à l'action en exécution de la contrainte

<u>Prescription de la contrainte non contestée</u>

Article modifié : article L. 244-9 du code de la sécurité sociale et article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime

<u>Prescription de la mise en demeure</u>

Article modifié : article L. 244-11 du code de la sécurité sociale et article L. 725-7 du code rural et de la pêche maritime

<u>Prescription des cotisations et contributions sociales exigibles</u>

Articles modifiés : article L. 244-3 du code de la sécurité sociale

<u>Lettre d'observations</u>

Article créé : article L. 243-7-0 du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Mesure directement applicable*
Mayotte	*Mesure non applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Mesure directement applicable*
Saint Pierre et Miquelon	*Mesure applicable (directement ou par application de l'ordonnance n°77-1102)*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

- ***La saisie conservatoire accélérée dans le cadre du constat de travail illégal par l'adaptation de la procédure de flagrance sociale et de l'opposition à tiers détenteur***

De cette mesure découlera un recouvrement effectif supérieur à celui connu aujourd'hui des montants notifiés dans le cadre de la lutte contre la à fraude.

A titre d'illustration, plus de 2 300 contrôles URSSAF ont donné lieu à l'établissement en 2015 d'un procès-verbal de travail dissimulé. En estimant que 10% des 462 M€ notifiés pour motif de travail illégal auraient pu faire l'objet d'une procédure de saisie conservatoire soit 46M€, qu'il s'agisse de biens détenus directement par le débiteur ou par un tiers, et en retenant un recouvrement effectif de 75% sur ces sommes, la mesure pourrait permettre de recouvrer 35M€ en plus 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 -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
		35	35	35	35

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

- ***L'extension du champ de l'OTD au recouvrement des prestations sociales indument versées***

Sans qu'il soit possible d'en mesurer précisément l'impact financier, l'OTD permet aux organismes prestataires de réaliser des économies de gestion. Ils pourront ainsi bénéficier d'une modalité de recouvrement forcé sans être obligés de faire appel à un cabinet d'huissier pour les affaires les plus courantes.

Elle permettra en outre de sauvegarder certaines créances frauduleuses importantes pour lesquelles, actuellement, les délais de procédure laissent le temps au débiteur d'organiser son insolvabilité.

- ***L'extension du retrait des exonérations de cotisations de sécurité sociale en cas de constat de travail illégal***

Dans le cadre des textes en vigueur, en 2015, 2315 décisions d'annulation ou réduction d'exonérations de cotisations sociales suite à verbalisation pour travail dissimulé ont été notifiées par le réseau des URSSAF sur 11 000 infractions de travail dissimulé constatées (les infractions de travail dissimulé représentent 77% du total des infractions constatées de travail illégal qui s'élèvent à un total d'environ 15 000 infractions). Cela correspond à 27,8 millions d'euros de redressement. Ces données sont issues d'une consolidation au plan national réalisée par l'ACOSS.

Il est attendu de la mesure, deux effets :

- d'une part, à travers la réaffirmation de la pertinence de l'outil permettant de retirer les exonérations de cotisations de sécurité sociale, il est attendu sur le champ du travail dissimulé (11 000 infractions) une plus grande application de cette mesure.
- d'autre part de nouvelles décisions de retrait d'exonérations sur le champ des infractions de travail illégal. Ces infractions représentent 17% du total des infractions de travail illégal soit en 2015 environ 2 000 infractions.

En tenant compte de ces deux éléments, il est possible d'évaluer la mesure à 5 millions d'euros, à mettre en regard des 27 millions d'euros d'annulations prononcées à ce jour.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017 P	2018	2019	2020
		5	5	5	5

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

- ***La clarification des délais applicables à la créance, à l'action en recouvrement et à l'action en exécution de la contrainte***

Cette mesure de clarification juridique des délais de prescription applicables sécurisera juridiquement la procédure de recouvrement des cotisations et contributions sociales. Elle devrait s'accompagner d'une diminution du risque contentieux lié à la prescription des créances à recouvrer ce qui permettra, de manière cependant limitée, de réaliser des économies de gestion et de frais de contentieux, tant pour les organismes que pour les cotisants.

Il n'y aura pas d'impact financier sur le recouvrement des cotisations sociales au regard des règles de gestion actuelles des organismes.

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

a) impacts économiques

Les mesures proposées dotent les organismes de meilleurs outils pour lutter contre la fraude sociale et améliorent les processus de recouvrement.

Par ailleurs, s'agissant du renforcement des sanctions administratives, il s'agit de lutter contre le sentiment d'impunité et la concurrence déloyale entre entreprises. L'objectif attendu est bien l'impact dissuasif des sanctions financières à l'égard des employeurs contrevenants à travers l'augmentation du nombre de sanctions prononcées prévues à l'égard des employeurs qui auront fait l'objet d'un procès-verbal pour une infraction de travail dissimulé, de marchandage ou de prêt illicite de main-d'œuvre.

b) impacts sociaux

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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 concerne les débiteurs pour lesquels un constat de travail illégal a été établi.

- ***La saisie conservatoire accélérée dans le cadre du constat de travail illégal par l'adaptation de la procédure de flagrance sociale et de l'opposition à tiers détenteur***

Si la mesure va permettre une accélération du gel des biens corporels et incorporels, le cotisant conserve son droit au recours par l'introduction d'une procédure de recours en urgence et dispose de la possibilité d'éviter le recours à la saisie par l'apport de garanties suffisantes.

- ***L'extension du champ de l'OTD au recouvrement des prestations sociales indument versées***

L'OTD ne génère pas de frais de procédure. Au contraire, la procédure de recouvrement des créances par voie d'huissier utilisée par les organismes de prestations engendre des frais d'huissier (environ 350 €) à la charge des bénéficiaires débiteurs, auxquels s'ajoutent des frais bancaires dont les montants varient selon les établissements.

- ***L'extension du retrait des exonérations de cotisations de sécurité sociale en cas de constat de travail illégal***

La mesure comporte un fort aspect dissuasif au regard des conséquences financières importantes du retrait de exonérations de cotisations de sécurité sociale.

- ***La clarification des délais applicables à la créance, à l'action en recouvrement et à l'action en exécution de la contrainte***

L'explicitation du délai de prescription de la contrainte non contestée sécurisera le cotisant en clarifiant le délai applicable. Cette mesure pourra limiter les interrogations et contentieux en la matière, rendant cette phase de la procédure plus fluide.

De manière générale, cette mesure améliorera la gestion des créances sociales et engendrera un gain de temps significatif pour les organismes comme pour les cotisants.

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

- ***La saisie conservatoire accélérée dans le cadre du constat de travail illégal par l'adaptation de la procédure de flagrance sociale et de l'opposition à tiers détenteur***

Il s'agit d'une adaptation de mesures existantes (flagrance et OTD) mais peu utilisées car jugées complexes et trop lentes dans leur mise en œuvre afin de lutter efficacement contre l'évasion sociale. La nouvelle mesure étant plus rapide à mettre en œuvre, elle devrait répondre à l'objectif de garantir les créances de l'Etat face à des débiteurs qui risquent d'organiser leur insolvabilité. La procédure se trouvant simplifiée dans ses étapes de mise en œuvre, il est attendu une augmentation significative du nombre de cas où celle-ci sera utilisée. Un accompagnement des personnels habilités à mettre en œuvre cette mesure est prévu.

- ***L'extension du champ de l'OTD au recouvrement des prestations sociales indument versées***

La mesure permettra aux organismes de prestations de recouvrer de façon plus rapide leurs créances qu'en les confiant à des huissiers de justice (délai de reversement des sommes par les huissiers estimé à 6 semaines).

Elle nécessitera une adaptation informatique qui ne devrait pas avoir d'impact significatif sur le système d'informations des organismes.

- ***L'extension du retrait des exonérations de cotisations de sécurité sociale en cas de constat de travail illégal***

La mesure proposée vise à intensifier l'application par les URSSAF et caisses locales de MSA des sanctions de retrait des exonérations de cotisations de sécurité sociale.

Les agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 (inspection du travail, officier de police judiciaire notamment) transmettront de manière exploitable aux organismes de recouvrement pour la mise en œuvre de la mesure les procès-verbaux établis pour constater les infractions prévues aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.

• La clarification des délais applicables à la créance, à l'action en recouvrement et à l'action en exécution de la contrainte

Les organismes de recouvrement devront intégrer ce nouveau délai dans leur système d'information.

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

La mise en œuvre de ces mesures se fera 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 saisie conservatoire accélérée dans le cadre du constat de travail illégal par l'adaptation de la procédure de flagrance sociale et de l'opposition à tiers détenteur

Des dispositions réglementaires préciseront les modalités d'applications de la mesure.

• L'extension du champ de l'OTD au recouvrement des prestations sociales indument versées

Un décret en Conseil d'Etat devra définir les conditions de mise en œuvre pour les nouveaux régimes concernés.

• L'extension du retrait des exonérations de cotisations de sécurité sociale en cas de constat de travail illégal

Un toilettage des articles R. 133-8 et R. 133-8-1 est à prévoir.

• La clarification des délais applicables à la créance, à l'action en recouvrement et à l'action en exécution de la contrainte

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.

Pas de délais pour la mise en œuvre, effet immédiat.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Pas de modalités particulières.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de la mise en œuvre des mesures sera demandé à l'ACOSS. Seront communiqués à l'administration, pour chacun des trois dispositifs, le nombre de fois où il aura été mis en œuvre avec les montants référents et les montants réellement encaissés suite à sa mise en œuvre.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Section première « Procédure sommaire » du chapitre III « Recouvrement des cotisations et versement des prestations » du Titre III du livre Ier	**Section première « Recouvrement des créances en matière de travail illégal » du chapitre III « Recouvrement des cotisations et versement des prestations » du Titre III du livre Ier**
Article L. 133-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Lorsque le recouvrement est assuré par le Trésor comme en matière de contributions directes, il est effectué sur les cotisations recouvrées au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2, un prélèvement pour frais de perception dont le taux et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté ministériel. La procédure de recouvrement prévue au présent article ne peut être mise en œuvre que dans le délai mentionné à l'article L. 244-11.	~~*Lorsque le recouvrement est assuré par le Trésor comme en matière de contributions directes, il est effectué sur les cotisations recouvrées au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2, un prélèvement pour frais de perception dont le taux et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté ministériel.*~~ ~~*La procédure de recouvrement prévue au présent article ne peut être mise en œuvre que dans le délai mentionné à l'article L. 244-11.*~~ **I. –Lorsqu'un procès-verbal de travail illégal a été établi, l'inspecteur du recouvrement remet à la personne contrôlée un document constatant cette situation et comportant l'évaluation du montant des cotisations et contributions dissimulées et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes ainsi que, en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-2, du montant de l'annulation des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions sociales dont a pu bénéficier le débiteur.** **Ce document fait état de l'ensemble des dispositions légales applicables à cette infraction, notamment les majorations et pénalités afférentes. Il mentionne notamment les dispositions du II du présent article ainsi que les voies et délais de recours applicables. Ce document est signé par l'inspecteur et par la personne contrôlée. En cas de refus de signer, mention en est faite sur le document. L'original est conservé par l'organisme chargé du recouvrement.** **II.- A la suite de la remise du document mentionné au I, la personne contrôlée produit des éléments justifiant, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat, de l'existence de garanties suffisant à couvrir les montants évalués. A défaut, le directeur de l'organisme de recouvrement peut procéder, sans solliciter l'autorisation du juge prévue au premier alinéa de l'article L. 511-1 du code des procédures civiles d'exécution, à une ou plusieurs mesures conservatoires mentionnées aux articles L. 521-1 à L. 533-1 du même code, dans la limite des montants mentionnés au I.** **A tout moment de la procédure, la personne contrôlée peut solliciter la mainlevée de la ou des mesures conservatoires prises à son encontre en apportant auprès du directeur de l'organisme des garanties**

	suffisantes de paiement. **« III.- La décision du directeur de l'organisme peut être contestée selon les dispositions applicables à la saisine en urgence du juge de l'exécution selon les modalités prévues au code des procédures civiles d'exécution. Le juge statue au plus tard dans un délai de 15 jours. Le juge peut donner mainlevée de la mesure conservatoire notamment s'il apparaît que les conditions de mise en œuvre de la ou des mesures ne sont pas respectées ou s'il estime que les garanties produites par la personne contrôlée sont suffisantes. Le recours n'a pas d'effet suspensif.**
	Article L. 133-4-9 du code de la sécurité sociale nouveau
	Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, les organismes de recouvrement et les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, habilités à décerner une contrainte 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 ou des prestations indûment versées. **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 sommes, 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 L. 211-2 du code des procédures civiles d'exécution à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.** **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 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 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. **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. 3252-1 et suivants du code du travail.**
	Article L. 133-4-10 du code de la sécurité sociale nouveau
	Lorsque le recouvrement est assuré par le Trésor comme en matière de contributions directes, il est effectué sur les cotisations recouvrées au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2, un prélèvement pour frais de perception dont le taux et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté ministériel.
Article L 136-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L 136-5 modifié du code de la sécurité sociale**
I. (…) II (…) III (…) IV (…) V.-Les règles édictées ci-dessus donnent lieu à application : 1° Des dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II dans leur rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale ; 2° Des dispositions de l'article L. 652-3 pour ce qui concerne le recouvrement, par les organismes visés à l'article L. 213-1, de la contribution prévue à l'article L. 136-3 et, par les caisses de mutualité sociale agricole, de la contribution prévue à l'article L. 136-4 ; (…)	I. (…) II (…) III (…) IV (…) V.-Les règles édictées ci-dessus donnent lieu à application : 1° Des dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II dans leur rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale ; 2° Des dispositions de l'article ~~*L. 652-3*~~ **L. 133-4-9** pour ce qui concerne le recouvrement, par les organismes visés à l'article L. 213-1, de la contribution prévue à l'article L. 136-3 et, par les caisses de mutualité sociale agricole, de la contribution prévue à l'article L. 136-4 ; (…)
Article L 242-11 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L 242-11 modifié du code de la sécurité sociale**
Les cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles sont calculées conformément aux dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6-8. Les dispositions de l'article L. 652-3 sont applicables au recouvrement de ces cotisations par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et à l'article L. 611-3. Le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles dont les revenus	Les cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles sont calculées conformément aux dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6-8. Les dispositions de l'article ~~*L. 652-3*~~ **L. 133-4-9** sont applicables au recouvrement de ces cotisations par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et à l'article L. 611-3. Le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles dont les revenus

Article L 652-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L 652-3 modifié du code de la sécurité sociale**
d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet, dans des conditions fixées par décret, d'une réduction dans la limite de 3,1 points. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations.	d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet, dans des conditions fixées par décret, d'une réduction dans la limite de 3,1 points. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations.
Article L 243-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L 243-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Les dispositions des sections 2 à 5 du présent chapitre, du chapitre 4 du Titre IV du présent Livre et des articles L. 133-1 et L. 374-1 du présent code s'appliquent au recouvrement des cotisations dues sur les revenus de remplacement mentionnés à la section 1 du chapitre Ier du titre III du livre Ier, sous réserve d'adaptations fixées par voie réglementaire.	Les dispositions des sections 2 à 5 du présent chapitre, du chapitre 4 du Titre IV du présent Livre et des articles ~~*L. 133-1*~~ **L. 133-4-10** et L. 374-1 du présent code s'appliquent au recouvrement des cotisations dues sur les revenus de remplacement mentionnés à la section 1 du chapitre Ier du titre III du livre Ier, sous réserve d'adaptations fixées par voie réglementaire.
Article L 243-3-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L 243-3-1 modifié du code de la sécurité sociale**
L'article L. 652-3 est applicable au recouvrement des contributions et cotisations sociales dues au titre de l'emploi de personnel salarié ainsi qu'aux majorations et pénalités y afférentes.	Abrogé
Article L 243-7-4 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L 243-7-4 modifié du code de la sécurité sociale**
Dès lors qu'un procès-verbal de travail illégal a été établi et que la situation et le comportement de l'entreprise ou de ses dirigeants mettent en péril le recouvrement des cotisations dissimulées, l'inspecteur du recouvrement peut dresser un procès-verbal de flagrance sociale comportant l'évaluation du montant des cotisations dissimulées. Ce procès-verbal est signé par l'inspecteur et par le responsable de l'entreprise. En cas de refus de signer, mention en est faite au procès-verbal. L'original du procès-verbal est conservé par l'organisme chargé du recouvrement et une copie est notifiée au contrevenant. Au vu du procès-verbal de travail illégal et du procès-verbal de flagrance sociale, le directeur de l'organisme de recouvrement peut solliciter du juge de l'exécution l'autorisation de pratiquer sur les biens du débiteur l'une ou plusieurs mesures conservatoires mentionnées aux articles 74 à 79 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution.	~~*Abrogé*~~

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, 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. 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 ; 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. 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. Le présent article est applicable au recouvrement des indus de prestations sociales, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	~~*Abrogé*~~

Article L 725-12 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L 725-12 actuel du code rural et de la pêche maritime**
L'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole.	~~*L'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole.*~~ **I. - En cas de fraude ou de fausse de déclaration, les délais mentionnés au I de l'article L.725-7 et au 1° de l'article L. 725-3 sont portés de trois à cinq ans.** **II. - Dans le cas d'un contrôle mentionné aux articles L. 724-7 et L. 724-11, le délai de prescription des cotisations, contributions, pénalités et majorations de retard est suspendu pendant la période contradictoire mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 724-11.**

• **L'extension du retrait des exonérations de cotisations de sécurité sociale en cas de constat de travail illégal**	
Article L. 133-4-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-4-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant, est subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions des articles L. 8221-1 et L. 8221-2 du code du travail.	Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant, est ~~*subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions des articles L. 8221-1 et L. 8221-2 du code du travail*~~ **supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.**
Lorsque l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du même code est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-7 à L. 8271-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au premier alinéa du présent article et pratiquées au cours d'un mois civil, lorsque les rémunérations versées ou dues à un ou des salariés dissimulés au cours de ce mois sont au moins égales à la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 du même code.	Lorsque l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du même code est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-7 à L. 8271-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au premier alinéa du présent article et pratiquées au cours d'un mois civil, lorsque les rémunérations versées ou dues à un ou des salariés dissimulés au cours de ce mois sont au moins égales à la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 du même code.
Lorsque les rémunérations dissimulées au cours du mois sont inférieures à la rémunération mensuelle minimale mentionnée au deuxième alinéa, l'annulation est réduite à due proportion en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale.	Lorsque les rémunérations dissimulées au cours du mois sont inférieures à la rémunération mensuelle minimale mentionnée au deuxième alinéa, l'annulation est réduite à due proportion en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale. **Les deuxième et troisième alinéas du présent article sont applicables en cas de constat dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-1 à L. 8271-6-3 du code du travail des infractions mentionnées au 2° à 4°de l'article L. 8211-1 du code du travail.**
Article L. 242-1-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 242-1-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations.	Les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat des ~~l'~~infractions définies aux **1° à 4° de l'article L. 8211-1** du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations.

Article L. 8271-8-1 actuel du code du travail	**Article L. 8271-8-1 modifié du code du travail**
Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 communiquent leurs procès-verbaux de travail dissimulé aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime, qui procèdent à la mise en recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues sur la base des informations contenues dans lesdits procès-verbaux.	Abrogé
	Article L. 8271-6-4 du code du travail nouveau
	Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 communiquent leurs procès-verbaux relevant une des infractions constitutives de travail illégal mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime, qui procèdent à la mise en recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues sur la base des informations contenues dans lesdits procès-verbaux.

Clarification des délais de recouvrement	
	Article L. 243-7-0 modifié du code de la sécurité sociale
	A l'issue d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7, l'agent chargé du contrôle adresse à la personne contrôlée une lettre mentionnant, s'il y a lieu, les observations constatées au cours du contrôle et engageant la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure ou avertissement en application de l'article L. 244-2.
Article L. 244-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 244-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Toute action ou poursuite effectuée en application de l'article précédent ou des articles L. 244-6 et L. 244-11 est obligatoirement précédée, si elle a lieu à la requête du ministère public, d'un avertissement par lettre recommandée de l'autorité compétente de l'Etat invitant l'employeur ou le travailleur indépendant à régulariser sa situation dans le mois. Si la poursuite n'a pas lieu à la requête du ministère public, ledit avertissement est remplacé par une mise en demeure adressée par lettre recommandée à l'employeur ou au travailleur indépendant. Le contenu de l'avertissement ou de la mise en demeure mentionnés au premier alinéa doit être précis et motivé, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	Toute action ou poursuite effectuée en application de l'article précédent ou des articles L. 244-6 et ~~*L. 244-11*~~ **L. 244–8-1** est obligatoirement précédée, si elle a lieu à la requête du ministère public, d'un avertissement par lettre recommandée de l'autorité compétente de l'Etat invitant l'employeur ou le travailleur indépendant à régulariser sa situation dans le mois. Si la poursuite n'a pas lieu à la requête du ministère public, ledit avertissement est remplacé par une mise en demeure adressée par lettre recommandée à l'employeur ou au travailleur indépendant. Le contenu de l'avertissement ou de la mise en demeure mentionnés au premier alinéa doit être précis et motivé, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 244-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 244-3 modifié du code de la sécurité sociale**
L'avertissement ou la mise en demeure ne peut concerner que les cotisations exigibles au cours des trois années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi. En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal établi par un agent verbalisateur, l'avertissement ou la mise en demeure peut concerner les cotisations exigibles au cours des cinq années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi. L'avertissement ou la mise en demeure qui concerne le recouvrement des majorations de retard correspondant aux cotisations payées ou aux cotisations exigibles dans le	~~*L'avertissement ou la mise en demeure ne peut concerner que*~~ Les cotisations et contributions sociales se prescrivent par ~~*au cours des*~~ trois **ans à compter de l'expiration de l'**année civile~~*s*~~ **au titre de laquelle elles sont dues** ~~*qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi. En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal établi par un agent verbalisateur, l'avertissement ou la mise en demeure peut concerner les cotisations exigibles au cours des cinq années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi.*~~ **Dans le cas d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7, le délai de prescription des cotisations, contributions, majorations et pénalités de retard est suspendu pendant la période contradictoire mentionnée à l'article L. 243-7-0.** ~~*L'avertissement ou la mise en demeure qui concerne le recouvrement d'*~~ Les majorations de retard correspondant

délai fixé au premier alinéa doit être adressé avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter du paiement des cotisations qui ont donné lieu à l'application desdites majorations. Les pénalités de retard appliquées en cas de production tardive ou de défaut de production des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales et des déclarations annuelles des données sociales doivent être mises en recouvrement par voie de mise en demeure dans un délai de deux ans à compter de la date de production desdits documents ou, à défaut, à compter selon le cas soit de la notification de l'avertissement, soit de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2.	aux cotisations **et contributions** payées ou ~~*aux cotisations*~~ **à celles dues** ~~*exigibles*~~ dans le délai fixé au premier alinéa **se prescrivent par** ~~*doit être adressé avant l'expiration d'un délai de deux*~~ **trois** ans à compter **de l'expiration de l'année au cours de laquelle a eu lieu le** ~~*du*~~ paiement **ou l'exigibilité** des cotisations **et contributions** qui ont donné lieu à l'application desdites majorations**.** Les pénalités de retard appliquées en cas de production tardive ou de défaut de production des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales ~~*et des déclarations annuelles des données sociales*~~ **se prescrivent par** ~~*doivent être mises en recouvrement par voie de mise en demeure dans un délai de deux*~~ **trois** ans à compter **de l'expiration de l'année au cours de laquelle a eu lieu la** ~~*de la date de*~~ production **de ces déclarations** ~~*desdits documents*~~ ou, à défaut, à compter selon le cas ~~*soit*~~ **de l'expiration de l'année au cours de laquelle a eu lieu** ~~*de*~~ la notification de l'avertissement **ou** ~~*, soit*~~ de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2.
	Article L. 244-8-1 nouveau du code de la sécurité sociale
	Le délai de prescription de l'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, est de trois ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure prévus aux articles L. 244-2 et L. 244-3.
Article L. 244-9 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 244-9 modifié du code de la sécurité sociale**
La contrainte décernée par le directeur d'un organisme de sécurité sociale pour le recouvrement des cotisations et majorations de retard comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, dans les délais et selon des conditions fixés par décret, tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.	La contrainte décernée par le directeur d'un organisme de sécurité sociale pour le recouvrement des cotisations et majorations de retard comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, dans les délais et selon des conditions fixés par décret, tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. **Le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive est de trois ans à compter de la date à laquelle la contrainte a été notifiée ou signifiée, ou un acte d'exécution signifié en application de cette contrainte.**
Article L. 244-11 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 244-11 modifié du code de la sécurité sociale**
L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par cinq ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure prévus aux articles L. 244-2 et L. 244-3.	~~*L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par cinq ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure prévus aux articles L. 244-2 et L. 244-3.*~~

	En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal, les délais mentionnés aux articles L. 244-3, L. 244-8-1 et L. 244-9 sont portés de trois à cinq ans.
Article L. 382-29 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 382-29 modifié du code de la sécurité sociale**
Les dispositions des articles L. 173-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 217-1, L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 243-4 à L. 243-6, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-11, L. 244-13, L. 244-14, L. 256-1, L. 256-3, L. 256-4, L. 272-1, L. 272-2, L. 281-3, L. 351-14-1, L. 355-2, L. 355-3, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables, dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions de la présente section, aux personnes, collectivités ou organismes mentionnés à la présente section.	Les dispositions des articles L. 173-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 217-1, L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 243-4 à L. 243-6, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, **L. 244-8-1**, L. 244-9**, L. 244-10** ~~*à L. 244-11*~~, L. 244-13, L. 244-14, L. 256-1, L. 256-3, L. 256-4, L. 272-1, L. 272-2, L. 281-3, L. 351-14-1, L. 355-2, L. 355-3, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables, dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions de la présente section, aux personnes, collectivités ou organismes mentionnés à la présente section.
Article L. 651-7 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 651-7 actuel du code de la sécurité sociale**
Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont soumises aux dispositions des articles L. 133-1, L. 133-3, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 et L. 244-11 à L. 244-14.	Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont soumises aux dispositions des articles ~~*L. 133-1*~~ L. 133-3, **L. 133-4-10,** L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, **L. 244-8-1,** L. 244-9 et ~~*L. 244-11*~~ **L.244-12 à** L. 244-14.
Article L. 725-3 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 725-3 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application. Indépendamment de la procédure contentieuse prévue aux articles L. 142-1 à L. 144-2 du code de la sécurité sociale et de l'action en constitution de partie civile prévue aux articles 418 et 536 du code de procédure pénale, les caisses de mutualité sociale agricole peuvent, après avoir mis en demeure les redevables de régulariser leur situation, recouvrer les cotisations et éventuellement les pénalités dues en utilisant l'une ou plusieurs des procédures suivantes : 1° La contrainte qui comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, dans des délais et selon des conditions fixées par décret, tous les effets d'un jugement et qui confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire ; 2° L'état exécutoire signé par le préfet dans le cadre d'une procédure sommaire dont le recouvrement est effectué comme en matière de contributions directes.	Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application. Indépendamment de la procédure contentieuse prévue aux articles L. 142-1 à L. 144-2 du code de la sécurité sociale et de l'action en constitution de partie civile prévue aux articles 418 et 536 du code de procédure pénale, les caisses de mutualité sociale agricole peuvent, après avoir mis en demeure les redevables de régulariser leur situation, recouvrer les cotisations et éventuellement les pénalités dues en utilisant l'une ou plusieurs des procédures suivantes : 1° La contrainte qui comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, dans des délais et selon des conditions fixées par décret, tous les effets d'un jugement et qui confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. **Le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive est celui mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale.** 2° L'état exécutoire signé par le préfet dans le cadre d'une procédure sommaire dont le recouvrement est effectué comme en matière de contributions directes.

Article L. 725-7 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 725-7 modifié du code rural et de la pêche maritime**
I.-Sauf le cas de fraude ou de fausse déclaration, les cotisations dues au titre des régimes de protection sociale agricole mentionnés au présent livre, et les pénalités de retard y afférentes, se prescrivent par trois ans à compter de l'expiration de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues. Les actions résultant de l'application de l'article L. 725-3 se prescrivent par cinq ans à compter de la mise en demeure.	I.-~~*Sauf le cas de fraude ou de fausse déclaration, l*~~Les cotisations dues au titre des régimes de protection sociale agricole mentionnés au présent livre, et les pénalités de retard y afférentes, se prescrivent par trois ans à compter de l'expiration de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues.~~*Les*~~ **Le délai de prescription de l'action civile en recouvrement** résultant de l'application de l'article L. 725-3 ~~*se prescrivent par cinq ans*~~ **est celui mentionné à l'article L. 244-8-1 du code de la sécurité sociale. Il court à compter de l'expiration du délai d'un mois imparti par** la mise en demeure.
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 agréés et assermentés des caisses de la mutualité sociale agricole peuvent demander aux cotisants, aux bénéficiaires de prestations, aux assurés sociaux et à leurs ayants droit leur nom, leur adresse, leur emploi, le montant de leurs revenus 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 de leur enquête. Ces dispositions concernent également, pour l'application des dispositions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelle des salariés agricoles, les agents chargés du contrôle de la prévention. A l'issue du contrôle, les agents mentionnés au premier alinéa doivent communiquer aux personnes contrôlées leurs observations sur les 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.	Les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de la mutualité sociale agricole peuvent demander aux cotisants, aux bénéficiaires de prestations, aux assurés sociaux et à leurs ayants droit leur nom, leur adresse, leur emploi, le montant de leurs revenus 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 de leur 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. A l'issue du contrôle, les agents mentionnés au premier alinéa doivent communiquer aux personnes contrôlées leurs observations sur les cotisations et contributions dues, en les invitant à y répondre dans un délai déterminé. **Cette communication engage la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure en application du deuxième alinéa de l'article L. 725-3.** 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 15 – Création d'une pénalité à défaut de production, lors d'un contrôle et pour chaque travailleur relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État que la France, d'un formulaire attestant de leur situation

I. Présentation de la mesure

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

Les contrôles par les agents en charge de la lutte contre le travail illégal des prestations de services internationales sont trop souvent entravés par l'absence de détention par les travailleurs contrôlés des formulaires attestant qu'ils sont bien affiliés à la législation de sécurité sociale d'un autre État en application des Règlements (CE) n°883/2004 et n°987/2009 et des conventions de coordination des systèmes de sécurité sociale.

Il est par conséquent difficile et complexe pour les services de contrôle de vérifier la situation de ces travailleurs auprès des employeurs étrangers et des institutions de sécurité sociale étrangères, bien que ces institutions soient tenues de satisfaire à ces demandes en vertu du principe de coopération loyale.

Les Règlements (CE) n°883/2004 et n°987/2009 ainsi que les conventions de coordination des systèmes de sécurité sociale prévoient la délivrance d'un formulaire pour justifier du fait qu'une personne relève de la sécurité sociale d'un État autre que l'État d'emploi et qu'elle remplit les conditions prévues pour ce maintien. Toutefois, dans le cadre des règlements européens, aucune sanction n'est prévue en cas de défaut de présentation du formulaire.

Par ailleurs, lorsqu'est produit le formulaire prévu par ces Règlements et que les constatations des inspecteurs les amènent à douter de la régularité de la situation de détachement, il convient que ces derniers mènent sans tarder la procédure européenne de retrait du formulaire par l'institution émettrice pour qu'elle puisse produire un effet utile, ce qui implique d'avoir connaissance au plus tôt de l'existence de ces formulaires.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise à inciter les entreprises étrangères à munir tous les travailleurs réalisant une prestation en France lorsqu'ils relèvent de la législation d'un État autre que la France des documents justifiant leur situation et ainsi à faciliter l'accomplissement de leur mission par les corps de contrôle. Elle vise également à renforcer l'obligation de vérification mise à la charge des donneurs d'ordre, qui bénéficient de la prestation assurée par ces sous-traitants et travailleurs maintenus à la législation de sécurité sociale d'un autre État.

En l'absence de mise à disposition des formulaires sur la législation applicable sur le lieu d'exécution de la prestation de service et chez les donneurs d'ordre, ces derniers pourront se voir appliquer une sanction administrative forfaitaire.

Pour tenir compte des éventuels délais de traitement des demandes de formulaires par les organismes émetteurs, la mesure prévoit que la présentation d'une demande d'obtention de formulaires A1 suivie de la production du formulaire dans un délai de deux mois n'entraîne pas application de la pénalité.

b) Autres options possibles

La mesure de sanction administrative proposée s'inspire des mesures similaires adoptées par certains États membres (notamment l'Autriche, la Finlande et la Grèce). A titre d'exemple, la législation autrichienne prévoit que les documents concernant l'inscription des travailleurs à la législation de sécurité sociale étrangère (A1/E101) doivent être tenus à disposition sur le site (AVRAG, §7b (5) sous peine d'une amende.

Une alternative, dont les effets seraient proches, serait l'introduction dans le Règlement (CE) n°883/2004 d'une véritable obligation, assortie d'une sanction, d'obtention du formulaire relatif à la législation applicable (formulaire A1) préalablement à l'envoi du travailleur à l'étranger. Cette option, avancée par les autorités françaises, ne rencontre actuellement pas d'écho auprès de la Commission européenne, qui possède l'initiative en matière d'évolution du Règlement.

Il est proposé d'assortir la mesure d'une sanction de nature administrative et non pénale, compte tenu de la lourdeur de la procédure requise et de l'existence d'une sanction pénale à la charge de certains donneurs d'ordre lorsque le sous-traitant est coupable de travail dissimulé.

Sur ce dernier point, il convient de rappeler que l'article L. 8222-1 du code du travail fait obligation au donneur d'ordres établi en France, lorsque l'opération porte sur un montant d'au moins 5 000 € HT, de vérifier la régularité de la situation du sous-traitant au regard de la législation sociale, notamment, selon des arrêts du 6 novembre 2015 de la Cour de cassation, en vérifiant si les salariés relevant de la législation d'un autre État sont détenteurs d'un formulaire sur la législation applicable. Toutefois, le donneur d'ordres n'encourt de sanction pécuniaire que si le sous-traitant fait l'objet

d'un procès-verbal pour travail dissimulé. Or, une telle procédure pour non–respect des obligations de sécurité sociale est lourde, parfois disproportionnée et est susceptible d'être entravée à tout moment par la production de formulaires attestant rétroactivement de la législation d'un autre État membre. Aussi, cette disposition n'a ni le même objet ni le même effet d'obligation directe et générale que celle qu'il est proposé d'introduire.

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

La mesure vise à faciliter la mise en œuvre des contrôles en améliorant les outils de lutte contre la fraude aux cotisations sociales et trouve donc sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en application du 2° et du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

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

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 États membres ?

La mesure se rattache à l'obligation faite à l'employeur ou au travailleur concerné, dans le Règlement (CE) n°987/2009 (art.15), d'informer « *préalablement lorsque c'est possible* » l'institution compétente de l'État membre dont la législation est applicable, laquelle doit délivrer le formulaire en attestant si les conditions sont réunies. Une disposition voisine figure dans les conventions de sécurité sociale auxquelles la France est partie.

Toutefois, l'adoption d'une disposition obligeant à mettre à disposition le formulaire lors du contrôle se déroulant dans l'État d'accueil, et prévoyant une sanction forfaitaire à défaut, relève de la compétence des États membres. Plusieurs États ont d'ailleurs adopté des mesures nationales similaires. En conformité avec les dispositions du Règlement citées ci-dessus, la présentation d'une demande de formulaire avant le début du travail en France est prise en compte, dans le cadre de la mesure proposée.

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

Voir ci-dessus

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

a) Possibilité de codification

Il est suggéré d'insérer la disposition, applicable à tous les travailleurs, dans le Livre Ier du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Mesure directement applicable*
Mayotte	*Mesure non applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint 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 différence entre le nombre de salariés détachés en France au sens du droit du travail ayant fait l'objet d'une déclaration préalable de détachement en 2014 et le nombre de travailleurs uniques ayant fait l'objet d'un formulaire A1 pourrait être imputable pour partie (évaluée à la moitié) à l'absence d'obtention d'un formulaire A1 (environ 70.000). En supposant que 1 à 2% d'entre eux font l'objet d'un contrôle pour travail illégal, la pénalité pourrait concerner 1 000 personnes et s'élever à 3 M€ en année pleine.

En outre, la mesure pourra faciliter la mise en œuvre de redressements de cotisations et contributions sociales, dont l'impact est plus difficilement chiffrable

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Régime général, régime agricole, régime des travailleurs indépendants		2	3	3	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

La mesure participe de l'objectif de concurrence loyale entre entreprises.

b) impacts sociaux

La mesure a pour objet de vérifier la situation des travailleurs contrôlés au regard de la sécurité sociale. De manière générale, elle est de nature à inciter les entreprises à se conformer à la réglementation de sécurité sociale et à garantir des droits sociaux des travailleurs.

- ***impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet

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

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

La mesure implique que les entreprises étrangères veillent à obtenir le formulaire adéquat pour chacun des salariés « détachés » avant le début de la prestation en France.

Il pèse déjà sur les donneurs d'ordres établis en France une obligation de vérification de la détention de A1 pour les travailleurs du sous-traitant travaillant pour leur compte qui ne sont pas affiliés à un régime français de sécurité sociale ainsi que du fait que l'entreprise est à jour de ces cotisations dans l'État compétent. La mesure n'accroît donc pas les obligations dont ils sont censés déjà s'acquitter.

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

La mesure est de nature à faciliter l'accomplissement des contrôles par les corps habilités à lutter contre le travail illégal.

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

Cette mesure n'affecte pas les moyens des organismes de sécurité sociale même si ceux-ci pourront être utilisés plus efficacement.

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.

Il est proposé une application différée (au 1er avril 2017) de la mesure afin que l'ensemble des acteurs puissent disposer du temps de préparation nécessaire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information sur tous les sites et dépliants faisant état des obligations pesant sur les entreprises étrangères sera assurée.

d) Suivi de la mise en œuvre

Il est envisagé de mesurer l'impact de la mesure à travers le suivi d'un taux de production des formulaires A1 lors des contrôles et de cas d'application des pénalités.

ARTICLE 16 – Création d'une contribution sociale à la charge des fournisseurs de tabac

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

Selon les données disponibles et notamment selon le rapport de la Cour des Comptes de 2012, le bénéfice mondial des principales multinationales du tabac s'élevait en 2011 à plus de 12 Md€ pour un chiffre d'affaire supérieur à 65 Md€. Concernant le marché français, selon les estimations réalisées[1], quand bien même les volumes mis à la consommation ont diminué de 12 % entre 2011 et 2015, le bénéfice dégagé sur la vente de chaque paquet de cigarettes vendu aurait progressé de près de 25 %, compte tenu de l'augmentation des prix sur cette même période. Il en découle que le bénéfice annuel réalisé par les industriels sur le marché français (environ 850 M€) aurait ainsi progressé d'environ 9 % sur cette période, soit une hausse de l'ordre de 80 M€.

Si les produits du tabac sont soumis à des droits d'accises (droits indirects à la consommation, calculés en pourcentage du prix de vente au détail) ainsi que, comme pour tout produit, à la TVA, c'est le consommateur final qui supporte la charge de ces impositions indirectes. Les accises versées, comme la TVA, sont d'ailleurs déductibles du chiffres d'affaires du redevable.

Or l'organisation de ce secteur en France a connu des évolutions importantes depuis la privatisation de la Seita en 1993. Elles ont conduit à ce qu'aujourd'hui l'approvisionnement de l'ensemble des cigarettes vendues en France, qui sont produites par 4 grands groupes internationaux dont aucun n'a plus d'usine ou d'entrepôt sur le territoire, est assuré par une entreprise unique, filiale d'un des 4 grands groupes. Cette organisation, basée sur un monopole interne de la distribution et un oligopole extérieur de la fabrication, offre toutes les conditions pour mettre en place une optimisation importante de sa fiscalité, notamment par le biais des opérations intra groupes.

Les groupes industriels du secteur et leur filiale échappent donc quasiment à toute taxation directe en France, alors que le tabagisme représente un enjeu majeur de santé publique, première cause évitable de mortalité en France.

En effet, tandis que le nombre de fumeurs a diminué dans la majorité des pays membres de l'OCDE d'un cinquième en moyenne au cours des dix dernières années, les indicateurs de prévalence en France se situent toujours à des niveaux élevés. La situation demeure très inquiétante pour certaines populations à risque, notamment les femmes enceintes et les jeunes.

En 2015, pour la première fois depuis 2010, une augmentation simultanée des volumes des cigarettes et de tabac à rouler mis à la consommation dans le réseau de distribution a été constatée, respectivement de +1,0 % et +5,6 %. Pour les 7 premiers mois de 2016, les volumes de cigarettes ont encore augmenté de 0,3 % et ceux du tabac à rouler de +2,5 %.

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

a) Mesure proposée

Afin de faire contribuer le secteur, il est proposé de soumettre à taxation les fournisseurs agréés.

L'assiette de la contribution sera constituée par le montant total du chiffre d'affaires du redevable relatif à la commercialisation des tabacs manufacturés, hors taxe sur la valeur ajoutée, déduction faite de la remise consentie aux débitants de tabac et du droit de consommation. Le taux est fixé à 5,6 %.

Cette contribution spécifique sur les fournisseurs agréés des produits du tabac a vocation à financer les actions de lutte contre le tabagisme. En effet, les externalités négatives liées au tabac représentent, selon les estimations de Pierre Kopp dans son rapport de décembre 2015 relatif au coût social des drogues en France, 47 Md€. Au-delà des dépenses liées aux traitements tant immédiats qu'à venir des pathologies générées par la dépendance, il s'agit également d'investir de manière forte dans les dépenses de recherche et prévention. Les impératifs sanitaires conduisent les pouvoirs publics à investir dans ces dépenses, qui doivent être gérées de manière indépendante, notamment par un renforcement des dépenses de prévention. Ainsi, la Cour des comptes avait notamment souligné en 2012 la modicité des crédits alloués à la lutte contre le tabagisme et, à l'aune de comparaisons internationales, une relation directe a été observée entre les crédits octroyés à cette lutte et l'efficacité des politiques menées dans ce domaine.

Dès lors, la taxe envisagée financera logiquement le budget du fonds de prévention du tabagisme annoncé par la ministre le 18 mai 2016, et qui doit à ce stade disposer d'un budget de 32 M€. Si cette dotation résulte en 2016 de la reprise des crédits alloués à la lutte contre le tabagisme du FNPEIS, il est en effet nécessaire de prévoir une recette

[1] L'ensemble des estimations sur les marges et les coûts des industriels sont basées sur des éléments qui ont pu être synthétisés à partir des données publiées par les industriels dans le cadre de leur communication à leurs actionnaires. Il en ressort que le coût de fabrication d'un paquet de cigarettes peut être estimé à environ 16 centimes, les coûts de marketing (pour les marques les plus renommées) à environ 13 centimes et les coûts de distribution à environ 7 centimes (ces derniers étant néanmoins facturés par les fournisseurs à environ 10 centimes).

pérenne. Le fonds tabac a vocation à financer les actions de surveillance et d'observation de l'état de la santé, de prévention collective et individuelle des maladies et de la production, de l'utilisation et de la diffusion des connaissances utiles à l' élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé, conformément aux objectifs mentionnés à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique.

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

Cette nouvelle taxe à laquelle seront assujettis les fournisseurs agréés, distributeurs des produits du tabac aux débitants, apportera un surplus de recettes. Elle a donc un impact sur l'équilibre des régimes affectataires de ces recettes, fonds dédié à la lutte contre le tabagisme étant adossé à la CNAMTS, et trouve sa place dans ce projet de loi en application 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 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. Le conseil territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon a été saisi pour avis sur ces dispositions.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure est compatible avec la directive 2008/118/CE relative à l'accise harmonisée dans la mesure où si elle était interprétée comme une taxation indirecte, elle possède une finalité spécifique. Une telle taxe indirecte est autorisée par les dispositions de la directive 2008/118/CE puisque la directive précise que les produits soumis à accises peuvent faire l'objet d'autres impositions indirectes à la condition de poursuivre une finalité spécifique et de respecter les règles de taxation communautaires applicables à l'accise ou à la TVA pour la détermination de la base d'imposition, le calcul, l'exigibilité et le contrôle de l'impôt, hors exonérations, ce qui est le cas ici.

La contribution proposée s'apparente à la TVA, mais pour autant ne constitue pas une TVA au sens des dispositions de la directive 2006/112/CE dans la mesure où la taxe n'a pas de portée générale et ne peut faire l'objet d'une déduction.

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

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

2. Conformité de la mesure avec la Constitution

En vertu de l'article 34 de la Constitution, il appartient au législateur de déterminer, dans le respect des principes constitutionnels et compte tenu des caractéristiques de chaque impôt, les règles selon lesquelles doivent être appréciées les facultés contributives.

Pour assurer le respect du principe d'égalité, il doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en fonction des buts qu'il se propose, sans qu'il n'en résulte une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques.

L'appréciation de la capacité contributive peut ainsi reposer, pour la détermination de l'assiette d'une imposition, sur la « masse salariale » (décision n° 2010-28 QPC du 17 septembre 2010, cons. 8 not.), la « surface de vente des magasins de commerce de détail » (décision n° 96-385 DC du 30 décembre 1996, cons. 26 à 31), ou encore sur les frais de publicité (décision n° 90-287 DC du16 janvier 1991, cons. 33 et suiv., à propos de la contribution des entreprises de préparation de médicaments).

En l'occurrence, il est proposé de retenir le chiffre d'affaires comme critère de capacité contributive, qui apparaît plus pertinent, dans le secteur du tabac, que les bénéfices des fournisseurs. En effet, comme il a été souligné précédemment, l'organisation du secteur de la distribution du tabac en France est telle que les bénéfices réalisés en France sont limités alors que le chiffre d'affaires est élevé et les coûts de production faibles. Dans ces conditions, le bénéfice n'apparaît pas comme le critère le plus adéquat de la capacité contributive que la taxe vise à appréhender : en retenant un tel critère,

le rendement de la taxe serait nécessairement obéré par cette organisation économique qui permet une forte optimisation fiscale.

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

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite la création d'un article ad hoc au sein du code de la sécurité sociale et la création d'une nouvelle section au sein du chapitre VII « recettes diverses ».

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 (même s'il n'existe pas aujourd'hui de fournisseur remplissant les conditions fixées par l'article*
Mayotte	*Mesure directement applicable (même remarque)*
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

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
		+130	+130	+130	+130

Le chiffrage repose sur une assiette correspondant à un chiffre d'affaires hors TVA, rémunération des buralistes et droit de consommation de 2,3 Md€ et un taux de taxation de 5,6 %.

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

a) impacts économiques

Cette mesure a un impact économique sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés.

L'organisation de la distribution des produits du tabac en France repose actuellement sur une seule entreprise (pour 98 % du marché environ), la société Logista France (ex Seita Altadis). Une trentaine d'autres entreprises, qui interviennent sur des produits autres que les cigarettes, se partagent le marché restant.

Le chiffre d'affaires hors TVA du marché du tabac était de 15,1 Md€ en 2015. Les fournisseurs agréés sont redevables de la TVA, du droit de consommation et d'une remise consentie aux débitants, calculés en dedans du prix de vente final. La taxe supplémentaire sur leur chiffre d'affaires n'a pas de corrélation directe avec le niveau des bénéfices des sociétés qui en sont redevables, à l'instar d'autres taxes assises sur le chiffre d'affaires (notamment la contribution sociale de solidarité des sociétés – C3S).

En effet, malgré l'organisation établie entre les fournisseurs et les fabricants, les fournisseurs agréés, en droit, déterminent librement les prix des produits qu'ils distribuent.

Le décret n° 2016-757 du 7 juin 2016 relatif à la procédure d'homologation du prix de vente au détail des tabacs manufacturés tire les conséquences de l'article 572 du CGI. En vertu de ce texte, seuls les fournisseurs agréés communiquent les prix de vente au détail des tabacs à l'administration avant homologation

La contribution sera, selon les choix des fournisseurs, soit répercutée sur les prix soit, plus probablement compte tenu de l'organisation du marché entre les acteurs, prise en compte dans les relations entre les fournisseurs et les fabricants et répercutée sur ces derniers. En tout état de cause, elle permettra simultanément de révéler les réelles capacités contributives des redevables de la taxe en limitant les possibilités d'optimisation fiscale au sein de ce marché oligopolistique et d'appliquer une juste taxation au regard de ces éléments. La mesure favorisera ainsi l'application de conditions plus proches de celles qui prévaudraient dans un marché concurrentiel.

b) impacts sociaux

La mesure envisagée possède une finalité spécifique d'affectation à des dépenses de lutte contre le tabagisme et contribuera à réduire les volumes mis à la consommation.

Le tabac est en effet la première cause de mortalité évitable en France et dans le monde. La consommation de tabac en France est particulièrement élevée ; presque un Français sur trois fume. Le « Baromètre santé 2010 » piloté par la direction générale de la santé a montré une augmentation récente du tabagisme en France, alors que celui-ci était en baisse depuis plus de vingt ans.

Au regard des évolutions par niveau d'éducation et catégories sociales, les inégalités sociales face au tabagisme semblent se creuser, ou à tout le moins se maintenir. En effet, si l'analyse des relations entre tabagisme et caractéristiques sociodémographiques doit être interprétée avec prudence (Baromètre 2000, CFES), deux points importants entre 2005 et 2010 doivent cependant être soulignés :

- Les plus diplômés sont moins souvent fumeurs : la prévalence du tabagisme quotidien a ainsi augmenté parmi les personnes sans diplôme entre 2005 et 2010 (de 30% à 34%) et les diplômés de niveau inférieur au bac (de 27% à 30%), alors qu'elle est plutôt restée stable parmi les diplômés de niveau bac (de 28% à 30%, non significatif) et les diplômés de niveau supérieur au bac (de 24% à 23%, non significatif) ;
- Si l'on considère le statut d'activité, les chômeurs présentent la hausse la plus forte entre 2005 (44 % de fumeurs quotidiens) et 2010 (51 %). Les actifs occupés apparaissent, eux, en légère hausse (33 % vs 31 %), tandis que les étudiants présentent un tabagisme stable à 24 %. Dans cette dernière population, le tabagisme occasionnel atteint cependant entre 8% et 9 % en 2010 comme en 2005. Parmi les actifs, alors que le tabagisme quotidien a fortement augmenté chez les employés, population très féminine (de 31% à 36%), et chez les agriculteurs (de 15% à 20%), il a augmenté de manière moins nette chez les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (de 37% à 40%) et les ouvriers (de 44% à 47%), alors qu'il est resté assez stable chez les professions intermédiaires (de 29% à 30%) et chez les cadres (de 26 % à 25 %).

Ces inégalités face à l'exposition à un risque majeur pour la santé nécessitent un investissement des pouvoirs publics d'autant plus important que cette situation s'ajoute à des situations sociales déjà difficiles. Dès lors, en réduisant pour les fabricants et les fournisseurs la rentabilité des ventes réalisées sur le marché français, la mesure proposée aura pour effet de les inciter à y réduire leur présence, et par conséquent la consommation de produits issus du tabac.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Le tabagisme connaît une croissance forte parmi les personnes les plus vulnérables, notamment les jeunes, particulièrement les jeunes femmes, les chômeurs et les personnes à faible niveau de diplôme et de revenu.

Par ailleurs, le « baromètre santé » indiquait que la proportion des fumeurs quotidiens apparaît en augmentation par rapport à 2005, en particulier chez les femmes âgées de 45 à 64 ans. Cette hausse du tabagisme s'explique à la fois par le fait que les femmes de cette génération ont été les premières à rentrer véritablement dans le tabagisme, et par le fait qu'elles arrêtent de fumer moins souvent que leurs aînées.

Dès lors, la mesure proposée conduira, en dissuadant les industriels de commercialiser leurs produits sur le marché français, à resserrer l'écart entre hommes dépendants et femmes dépendantes du tabagisme, puisqu'elle limitera le développement du tabagisme pour les femmes et réduira celui des hommes qui demeure, dans son ensemble, supérieur.

- ***impact sur les jeunes***

Chaque année, 200 000 mineurs commencent à fumer. L'augmentation du prix du tabac permet, en rendant ces produits financièrement inaccessible, d'empêcher l'entrée précoce dans le tabac et, en retardant l'âge de la première cigarette, de permettre que cette première cigarette ne conduise pas à des situations de dépendance.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

La lutte contre le tabagisme envers les populations dépendantes permettra également de lutter contre le tabagisme passif dont les effets sur la santé sont aussi nocifs que le tabagisme actif. Notamment pour les personnes peu mobiles dans des environnements fumeurs, ou pour les malades après traitement (notamment anticancéreux), la réduction de la prévalence aura un effet positif sur les externalités négatives générées par le tabac.

c) impacts sur l'environnement

La mesure envisagée participe d'une politique générale de lutte contre le tabagisme dont l'objectif final est de réduire la prévalence. Cette mesure aurait donc, in fine, un impact sur les volumes mis à la consommation à terme, et réduirait de fait les déchets en provenance des produits du tabac. Elle aurait donc un effet positif sur l'environnement.

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

Formalisée par une ligne supplémentaire au sein de la déclaration de TVA, cette mesure ne provoquera de charge administrative nouvelle pour les redevables.

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

Cette mesure nécessitera l'ajout d'une ligne sur les déclarations de TVA, gérée par la DGFiP. Elle sera sans impact pour la DGDDI qui recouvre les droits de consommation applicables aux produits du tabac.

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.

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.

La mesure sera appliquée dès le 1er janvier 2017.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés tant sur le site de la DGDDI qu'en ligne sur impots.gouv.fr

d) Suivi de la mise en œuvre

La surveillance de la prévalence du tabac, en lien notamment avec la politique de prix du secteur, fait l'objet d'un suivi très attentif des pouvoirs publics, qui sera renforcé en cohérence avec la création d'un fonds dédié.

ARTICLE 17– Augmentation des droits de consommation applicables au tabac à rouler

I. Présentation de la mesure

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

En 2015, pour la première fois depuis 2010, une augmentation simultanée et significative des volumes de ventes de cigarettes et de tabac à rouler a été constatée, respectivement de +1,0 % et +5,6 %. Sur les six premiers mois de l'année 2016, les ventes de tabac à rouler ont encore augmenté de +3,7 % en volume.

Alors que la hausse des volumes de cigarettes vendues dans le réseau légal est un phénomène récent, la hausse des volumes de tabac à rouler est une tendance de fond. Depuis 1990 les volumes de tabac à rouler ont augmenté de 84 % alors que les volumes de cigarettes ont diminué de moitié. Le volume de tabac à rouler représente ainsi aujourd'hui 16 % du marché total des produits du tabac.

L'effet de déport de la consommation de cigarettes vers ce produit du tabac est donc avéré.

La fiscalité pesant sur le tabac à rouler est en outre moindre, sans aucune justification en matière de santé publique, ce qui permet aux fabricants de proposer des prix plus attractifs, qui attirent notamment les publics jeunes et peuvent expliquer en grande partie l'effet de déport.

Ainsi, jusqu'en 2014, le droit de consommation total perçu (soit le droit proportionnel plus le droit spécifique, exprimés en pourcentage du prix de référence[1], correspondant au prix moyen pondéré constaté en N-1) sur le tabac à rouler était inférieur de 2,7 points à celui applicable aux cigarettes (respectivement 62 % pour le tabac à rouler et 64,7 % pour les cigarettes).

Depuis l'article 94 de la deuxième loi de finances rectificatives pour 2014, le taux de la part proportionnelle et le montant en euros de la part spécifique de chacun des produits du tabac sont fixés dans l'article 575 A du CGI, en pourcentage du prix de vente TTC. Par conséquent, le montant de la part spécifique est définitivement fixé au niveau qui était le sien en 2014 et n'est plus revalorisé chaque année en fonction des hausses de prix décidées par les fabricants.

Par conséquent, la proportion de recettes fiscales au sein des produits du tabac diminue, en particulier pour le tabac à rouler pour lequel la part spécifique représente une part plus importante des recettes fiscales que pour les cigarettes. Par conséquent, en 2016, la taxation du tabac à rouler représente désormais 59% du prix de vente, soit 5,7 points de moins que la proportion de taxes sur les cigarettes.

Au surplus, le minimum de perception, représentant le montant minimum de droits de consommation perçu quelque soit le prix de vente pratiqué, n'a pas été relevé depuis janvier 2014 et son niveau actuel (c'est-à-dire 143 € pour 1000g) ne trouve à s'appliquer qu'aux produits dont le prix au 30g est inférieur à 7,10 €, soit un nombre infime de références.

En conséquence, le prix de vente du tabac à rouler est en moyenne inférieur de 26,6 % à celui des cigarettes, à volume équivalent, alors même que, selon l'Office français de prévention du tabagisme, le tabac à rouler est quatre fois plus nocif qu'une cigarette normale : il libère davantage de composés cancérogènes que la plus toxique des cigarettes, contient 4 à 6 fois plus de nicotine et de goudron et n'a pas de filtre.

Il apparaît donc nécessaire de mettre un terme au déport constaté vers ces produits du tabac en supprimant l'avantage fiscal qui les favorise au regard des autres.

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

Le dispositif envisagé consiste à modifier les paramètres de la fiscalité applicable au tabac à rouler pour augmenter son poids global.

a) Mesure proposée

Le taux de taxation global applicable au tabac à rouler étant de 59 %[2], la mesure proposée consiste à augmenter de 5,7 points le taux correspondant à la part proportionnelle au prix, actuellement fixée à 32 % du prix de vente TTC, qui serait donc porté à 37,7 %.

En cohérence, une hausse du minimum de perception est prévue. Ce minimum passerait à 161 € au 1er janvier 2017, montant s'appliquant aux produits vendus à un tarif inférieur ou égal au prix moyen pondéré actuel. Au 1er janvier 2018, compte tenu de l'augmentation probable des prix de vente, le minimum de perception serait porté à 167 €, soit

[1] Notion aujourd'hui disparue du code général des impôts, lequel ne fait plus référence qu'au prix moyen pondéré.

[2] Taux calculé au niveau du prix moyen pondéré déterminé en 2015

une augmentation totale minimale des prix d'environ 80 centimes pour 30g. Cette étape permet de constater dans un premier temps une hausse du prix moyen pondéré avant une seconde augmentation du minimum de perception.

b) Autres options possibles

Une autre option consiste à augmenter à proportion de 5,7 points la part spécifique en considérant que les produits dont les prix sont les plus faibles doivent être relevés en priorité. Toutefois, cette option n'apparaît pas justifiée, dans la mesure où la part spécifique du droit de consommation représente une part déjà élevée de la fiscalité sur le tabac à rouler et que l'augmentation du minimum de perception garantit une hausse suffisante de la fiscalité des produits d'entrée de gamme.

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

Cette hausse des droits de consommation du tabac à rouler constitue une modification des règles de taux d'une contribution affectée aux régimes obligatoires de base ; à ce titre, elle a sa place en LFSS en application du 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 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. Le conseil territorial de Saint-Pierre et Miquelon a été saisi pour avis sur ces dispositions.

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 consiste à augmenter la part proportionnelle des accises sur les produits du tabac. Régie par les directives communautaires, l'accise harmonisée pour les cigarettes doit respecter une double structure : elle doit comporter une part proportionnelle et une part spécifique. Toutefois, les taux des droits d'accise sont fixés par chacun des Etats membres, dans le cadre de la directive 2011/64/CEE du 21 juin 2011.

En application de ses dispositions, l'accise peut être *ad valorem*, spécifique ou mixte. L'accise totale doit représenter au moins 46 % du prix moyen pondéré de vente au détail du tabac à rouler. La directive rappelle au surplus qu'il est nécessaire de rapprocher les minimaux des cigarettes et du tabac à rouler afin de mieux prendre en compte le niveau de concurrence qui existe entre ces deux produits, reflétés dans les modes de consommation et leur degré égal de nocivité.

La présente mesure ne modifie pas les règles de fond de la législation relative aux produits du tabac et modifie uniquement les paramètres de la fiscalité, dans le respect des exigences européennes.

Dès lors, cette mesure relève de la seule compétence du droit interne.

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) ?

Comme évoqué au a), la mesure proposée n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ni à celles en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La mesure proposée modifie l'article 575 A du code général des impôts.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Mesure non applicable (les dispositions spécifiques prévues à l'article 575 E du code général des impôts restent en vigueur)*
Mayotte	*Mesure non applicable (les dispositions spécifiques prévues à l'article 575 E du code général des impôts restent en vigueur)*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Non*
Saint Pierre et Miquelon	*Non*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Non*

NB : en raison de la spécificité de la fiscalité des tabacs en Corse (article 575 E bis du code général des impôts), cette mesure ne s'y appliquera pas.

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 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
		+120	+120	+120	+120

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

Toutes choses égales par ailleurs (à prix et volumes inchangés), le rendement de la mesure envisagée serait de 139 M€ environ. Toutefois, cette hausse visant à aligner le poids global du droit de consommation applicable au tabac à rouler sur celui des cigarettes les droits applicables au tabac à rouler conduira les fabricants à répercuter tout ou partie de cette hausse sur les prix de vente.

Si l'on fait l'hypothèse que les fabricants souhaiteront conserver une marge (en valeur absolue) équivalente à son montant actuel, et compte tenu de nombreux autres paramètres également proportionnels au prix de vente (part proportionnelle des accises, TVA, remise aux buralistes), les fabricants et fournisseurs devraient retenir une hausse de prix de 15 % (soit environ +1,1 € pour un paquet de TAR de 30g dont le prix actuel moyen est de 7,5 €).

Dans ces conditions, tout en étant taxés dans la même proportion, les produits de tabac à rouler resteraient à des prix inférieurs d'environ 18% à celui des cigarettes.

Cette hausse des prix aura nécessairement un impact sur les volumes mis à la consommation.

Dès lors, l'hypothèse probable d'une élasticité des volumes aux prix à -0,6 conduit à un rendement qui peut être estimé à 120 M€ environ.

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

a) impacts économiques

Cette mesure aura une incidence sur les volumes de tabac à rouler mis à la consommation.

Elle possède un impact positif pour les buralistes. En effet, dans l'hypothèse retenue d'une élasticité de la demande aux prix de -0,6, le marché augmente en valeur de +4,8 %. Les buralistes étant rémunérés notamment par le biais d'une

remise brute sur le prix de vente au détail des produits de 8,84 %, une telle mesure se traduirait par un gain de 10 M€ pour les buralistes.

b) impacts sociaux

Cette mesure contribuera à la lutte contre le tabagisme, notamment des populations dépendantes des tabacs moins chers, dont fait partie le tabac à rouler. La mesure envisagée permettra donc, en augmentant le poids global de la fiscalité pour le tabac à rouler, et en retenant l'hypothèse d'élasticité des volumes aux prix de -0,6, de diminuer de près de 7 % en volume les mises à la consommation.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Cette mesure s'applique indifféremment aux fumeurs et fumeuses de tabac à rouler.

- ***impact sur les jeunes***

Le tabac à rouler étant une voie d'accès dans le tabagisme pour les populations les plus jeunes en raison de son prix plus faible, cette mesure est particulièrement protectrice des adolescents et jeunes adultes.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Cette mesure n'a pas d'impact particulier sur les personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

En ayant un impact sur les volumes mis à la consommation, cette mesure réduira les déchets en provenance des produits du tabac et aura donc un effet positif sur l'environnement.

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 envisagée ne consiste qu'en un ajustement paramétrique des niveaux des droits d'accises, ce qui ne modifiera pas la façon dont sont déclarés et payés ces droits.

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

Les accises étant recouvrées par la DGDDI, la mesure envisagée est sans impact particulier. Seuls devront faire l'objet d'une évolution les paramètres des taux des droits de consommation utilisés pour le besoin du recouvrement et du suivi.

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

La mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens existants.

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

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

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.

La mesure sera appliquée dès le 1er janvier 2017. L'augmentation du minimum de perception aura elle lieu en deux temps et un second montant sera applicable au 1er janvier 2018.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés par le site internet de la DGFiP.

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

<table>
<tr><th>Article 575 A actuel du code général des impôts</th><th>Article 575 A modifié du code général des impôts</th></tr>
<tr>
<td>
Art 575 A. – Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :
<table>
<tr><th>Groupe de produits</th><th>taux proportionnel (en %)</th><th>Part spécifique (en euros)</th></tr>
<tr><td>Cigarettes</td><td>49,7</td><td>48,75</td></tr>
<tr><td>Cigares et Cigarillos</td><td>23</td><td>19</td></tr>
<tr><td>Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes</td><td>32</td><td>67,5</td></tr>
<tr><td>Autres tabacs à fumer</td><td>45</td><td>17</td></tr>
<tr><td>Tabacs à priser</td><td>50</td><td>0</td></tr>
<tr><td>Tabacs à mâcher</td><td>35</td><td>0</td></tr>
</table>
Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 210 € pour mille cigarettes et à 92 € pour mille cigares ou cigarillos.

Il est fixé par kilogramme à 143 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 70 € pour les autres tabacs à fumer.
</td>
<td>
Art. 575 A. – Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :
<table>
<tr><th>Groupe de produits</th><th>taux proportionnel (en %)</th><th>Part spécifique (en euros)</th></tr>
<tr><td>Cigarettes</td><td>49,7</td><td>48,75</td></tr>
<tr><td>Cigares et Cigarillos</td><td>23</td><td>19</td></tr>
<tr><td>Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes</td><td>37,7</td><td>67,5</td></tr>
<tr><td>Autres tabacs à fumer</td><td>45</td><td>17</td></tr>
<tr><td>Tabacs à priser</td><td>50</td><td>0</td></tr>
<tr><td>Tabacs à mâcher</td><td>35</td><td>0</td></tr>
</table>
« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 210 € pour mille cigarettes et à 92 € pour mille cigares ou cigarillos. »

« Il est fixé par kilogramme à 167 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 70 € pour les autres tabacs à fumer.
</td>
</tr>
</table>

ARTICLE 18 – Régulation macro-économique des dépenses de médicaments

I. Présentation de la mesure

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

Certaines évolutions ou tendances de long terme dans la prise en charge des médicaments ou dispositifs médicaux sont susceptibles d'affecter les équilibres des dépenses relatives à ces produits de santé. Ces changements peuvent avoir des conséquences directes sur les mécanismes de régulation du secteur existants, ou appeler à la création de nouveaux dispositifs.

a) S'agissant de la clause de sauvegarde (taux « L »)

La loi de financement de la sécurité sociale 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 ».

L'assiette de la contribution est collective. Elle 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 un taux de croissance cible, dit « taux L », au chiffre d'affaires de l'année précédente, net des remises (y compris celles dues au titre de L en année N-1). La contribution vise à la fois les médicaments vendus dans les officines, ceux délivrés par les établissements hospitaliers, que ce soit en rétrocession ou en sus des prestations d'hospitalisation (liste en sus), ainsi que les médicaments pris en charge de manière dérogatoire au titre de leur ATU ou en « post-ATU ». Sont exonérés les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 30M€ et les médicaments génériques.

Si la contribution concerne les médicaments dispensés par l'officine et par les établissements de santé, l'évolution des dépenses remboursées entre ces deux champs est toutefois contrastée : en 2015, la dépense remboursée issue des officines était en décroissance de 0,5%, alors que les dépenses des médicaments dispensés par les établissements hospitaliers (rétrocession et liste en sus) augmentaient de près de 4,5% (hors ATU). Le dynamisme des dépenses de médicaments à l'hôpital, qui est amené à se prolonger dans les années à venir, appelle à une régulation spécifique de cet ensemble. Les produits entrant dans ce champ bénéficient notamment majoritairement de la garantie de prix européenne, définie dans l'accord-cadre signé entre les entreprises du médicament et le CEPS, et qui limite le pouvoir de négociation de ce dernier puisque le CEPS s'engage alors à ne pas fixer un prix qui soit inférieur à celui défini dans quatre autres pays européens similaires. Par ailleurs, mêmes s'ils sont visés par la clause de sauvegarde, les médicaments délivrés à l'officine n'ont pas contribué, en 2015, à la croissance des dépenses remboursées de médicaments, et, seuls, n'auraient pas conduit à déclencher le mécanisme de sauvegarde. Pourtant la contribution est assise pour l'essentiel sur le chiffre d'affaires de ces médicaments délivrés à l'officine.

Par ailleurs, la mise en œuvre du nouveau dispositif en 2015 a nécessité des travaux importants qui ont mis en exergue certaines difficultés de processus (notamment en ce qui concerne le calendrier des déclarations, mais aussi relatives à l'absence d'un mécanisme de correction en cas de déclaration erronée des entreprises) qui appellent des ajustements techniques fondés sur un retour d'expérience partagé des différents acteurs.

b) S'agissant du dispositif de régulation des dépenses d'assurance maladie pour le financement de certains traitements contre l'hépatite C (dispositif « W »)

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 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". Cette contribution a été créée de manière provisoire pour trois ans (de 2014 à 2016).

Le périmètre de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C concerne la part du chiffre d'affaires, net de remises, issus de l'exploitation des médicaments destinés au traitement de la pathologie. Le déclenchement de la contribution s'applique :

- si le montant W est dépassé ;
- et si le taux de croissance annuel des chiffres d'affaires, nets de remises, des médicaments du périmètre en question est supérieur à 10%.

En 2014, 2015 et au début de l'année 2016, la prise en charge des médicaments dédiés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C s'est concentrée sur les patients les plus sévèrement atteints, afin de prioriser leur traitement. Les modifications des conditions de prescription de ces traitements, intervenues en juin 2016, permettent à des patients moins sévèrement atteints de bénéficier également de ces thérapies onéreuses. Au vu de l'impact budgétaire conséquent que représente la prise en charge de ces produits, il est important de disposer pour une année supplémentaire du mécanisme de contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C.

L'année 2016 est par ailleurs la première année durant laquelle tous les médicaments disponibles sur le marché ont fait l'objet d'une négociation de prix avec le Comité économique des produits de santé (CEPS). Pour un même nombre de patients traités, ces négociations ont permis de faire diminuer les dépenses liées à la prise en charge des médicaments de l'hépatite C, par rapport aux années précédentes.

Enfin, il est actuellement prévu que les entreprises sont exonérées de la contribution quand elles signent une convention avec le CEPS. Elles consentent alors à payer des remises quantitatives qui doivent garantir un rendement à hauteur d'au moins 90% de ce qui aurait été dû en vertu de l'application stricte de la contribution. Ce mécanisme incitant les entreprises à passer une convention avec le CEPS duplique toutefois celui mis en place au titre de la clause de sauvegarde (article L. 138-10 et suivants du code la sécurité sociale), pouvant conduire à exonérer deux fois les entreprises d'une partie des contributions qu'elles doivent verser.

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

a) Mesure proposée

Clause de sauvegarde

La mesure consiste à remplacer le mécanisme du taux L « global », s'appliquant à la fois aux médicaments délivrés par les pharmacies d'officine et par l'hôpital, par deux mécanismes de régulation distincts, visant d'une part les médicaments délivrés par les officines, et d'autre part ceux délivrés par les établissements de santé (rétrocession, liste en sus, médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou médicaments en « post-ATU »). Les clauses de sauvegarde « ville » et « hôpital » seront mises en place, sur leurs champs respectifs, de la même façon que la clause de sauvegarde « globale » actuellement en vigueur. La mesure permet simplement de séparer les assiettes de ces taux, pour réguler spécifiquement chacun de ces secteurs, connaissant des dynamiques différentes.

Il est proposé de fixer le taux Lv « ville » à 0% pour l'année 2017, et le taux Lh « hôpital » à 2%. Ces taux s'inscrivent dans l'objectif de stabilité de la dépense remboursée de médicaments fixé par le Gouvernement pour la période 2015-2017. Toutefois, compte tenu du flux important de nouveaux médicaments innovants et couteux, essentiellement à l'hôpital, que les pertes de brevets ou les baisses de prix d'autres médicaments de ce secteur ne pourront pas entièrement compenser, il n'est pas souhaitable de maintenir un taux d'évolution nul pour ce champ.

Dispositif de régulation des dépenses d'assurance maladie pour le financement de certains traitements contre l'hépatite C

La présente mesure vise à prolonger la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C pour l'année 2017. Il s'agit avant tout de protéger l'assurance maladie contre une modification trop importante des dépenses affectées à cette classe de médicaments, qui restent extrêmement onéreux.

Sur la base des dépenses constatées au premier semestre 2016, le montant W est fixé à 600 millions d'euros pour l'année 2017. La généralisation rapide des indications de traitement d'ici la fin de l'année 2016 devrait en effet être compensée par l'arrivée de nouveaux traitements moins chers et par la renégociation consécutive des prix des traitements déjà disponibles. Comme en 2014 lors de la création du dispositif, l'issue de ces négociations conventionnelles reste incertaine. C'est pourquoi la prolongation de W, avec un seuil de déclenchement correspondant au chiffre d'affaires estimé pour 2016, permettra de sécuriser cet équilibre entre prix et volumes. La mesure abroge enfin l'abattement de 10% que le CEPS pouvait offrir lors du conventionnement, puisque le mécanisme W doit justement inciter les laboratoires à négocier conventionnellement avec le CEPS des prix qui soient compatibles avec le montant W, pour éviter le déclenchement du mécanisme. Il n'y a donc pas d'intérêt à maintenir cette exonération, qui rend l'objectif du dispositif global moins compréhensible.

b) Autres options possibles

La suppression du mécanisme de contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C était prévue fin 2016. Toutefois, force est de constater que les dépenses liées à ces médicaments restent élevées et qu'il convient de protéger l'assurance maladie contre des écarts trop importants au montant W qu'il est proposé de fixer pour 2017.

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

Le produit des contributions issues de la clause de sauvegarde et sur les médicaments dédiés au traitement de l'hépatite C est affecté au financement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

La mesure a 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.

Elle relève ainsi du 1° et du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale et prend place à ce titre 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 la France.

Il convient de rappeler que 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 s'appliquant spécifiquement à ce sujet la mesure n'et 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 des dispositions codifiées dans le livre I du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L. 138-19-4 du code 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	*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 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 2017 n'ait pas un taux de croissance supérieur à 10 % par rapport à 2016 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.

Les nouvelles clauses de sauvegarde Lv et Lh ne devraient pas se déclencher si les efforts de maîtrise médicalisée et les négociations sur les prix des nouvelles molécules onéreuses permettent de rendre compatible l'augmentation des dépenses de médicaments avec le niveau retenu pour l'ONDAM en construction. Toutefois, si les dépenses du champ Lh continuent à croître à une vitesse rapide (près de 5% en 2015), ou s'accélèrent, la clause de sauvegarde relative à ces médicaments pourrait pour se déclencher et jouer pleinement son rôle de mécanisme de rappel.

Le rendement théorique de ces deux mesures est donc nul.

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

a) impacts économiques

En regard du dispositif actuel, ces mesures n'ont qu'un impact limité sur les entreprises pharmaceutiques, du fait de l'abrogation du dispositif permettant au CEPS d'offrir un abattement de 10% de la contribution en cas de conventionnement. Le montant W proposé pour 2017 est par ailleurs cohérent avec le niveau de dépenses observées au début de l'année 2016 et l'arrivée sur le marché de nouveaux traitements.

b) impacts sociaux

La mesure proposée n'a aucun impact sur les assurées puisqu'elle ne restreint pas l'accès aux traitements du virus de l'hépatite C, mais en limite seulement le coût pour la solidarité nationale.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

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

La mesure est sans impact sur les assurés. Seuls les laboratoires pharmaceutiques sont impactés.

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

Cette mesure nécessitera de prolonger d'un an le recueil et le traitement des déclarations relatives à cette contribution.

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.

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.

La mesure ne nécessite pas de mise en œuvre particulière par les caisses de sécurité sociale. Elle ne concerne 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 cette mesure sera de fait suivie puisqu'il s'agit de contrôler les dépenses d'une année sur l'autre.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

I – Dispositions relatives au taux L_v et L_h

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, L. 162-17-5, 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, 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.	**I -** Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France métropolitaine, ~~*et dans les départements d'outre-mer*~~ **en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin** 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, 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*~~ **ont respectivement** évolué de plus d'un taux ~~*L*~~ **Lv ou d'un taux Lh**, déterminé**s** par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au**x** même**s** chiffres d'affaires **respectifs** réalisé**s** l'année précédente, minoré**s** des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, 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*~~ **des** contribution**s liées à chacun de ces taux d'évolution.**
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.	**II -** Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés **au I** ~~*premier alinéa*~~ du présent article sont : **1° S'agissant du taux Lv,** ceux inscrits sur ~~*les*~~ **la** liste mentionnée**s** au premier alinéa de l'article L. 162-17 ; **2° S'agissant du taux Lh :** **a) Ceux inscrits sur les listes prévues** à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ; **b)** Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ; **c) C**eux 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 en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, 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	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 en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, pour lesquels le chiffre d'affaires **total**, 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 **chaque** ~~*la*~~ contribution est due, sont remboursées

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.	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. **III – Les remises mentionnées aux articles L. 138-13 et L. 162-16-5-1 du présent code, ainsi que les contributions prévues au présent article s'imputent respectivement sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Pour chaque année civile considérée, dans le cas où un médicament relève simultanément ou consécutivement des taux d'évolution Lv et Lh, les autres remises et contributions mentionnées au I sont réparties au prorata des montants remboursés pour ce médicament par l'assurance maladie obligatoire.**
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, L. 162-17-5, 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.	L'assiette de ~~la~~ **chaque** contribution **définie à l'article L. 138-10** est égale au chiffre d'affaires **respectif** de l'année civile mentionné au **I** ~~premier alinéa de l'article L. 138-10~~ **du même article**, minoré des remises mentionnées aux ~~articles L. 138-19-4,~~ L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, 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. 138-12 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 138-12 modifié du code de la sécurité sociale**
Le montant total de la contribution est calculé comme suit :	Le montant total de ~~la~~ **chaque** contribution est calculé comme suit, **en prenant comme taux L mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux Lv s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1° du II de l'article L. 138-10, soit le taux Lh s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2°**

	du II du même article :
TAUX D'ACCROISSEMENT DU CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (T) / **TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)**	**TAUX D'ACCROISSEMENT DU CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (T)** / **TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)**
T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point / 50 %	T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point / 50 %
T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point / 60 %	T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point / 60 %
T supérieur à L + 1 point / 70 %	T supérieur à L + 1 point / 70 %
La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 50 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 50 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article L. 138-10. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe. Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.	~~*La*~~ **Chaque** contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 50 %, au prorata de son chiffre d'affaires **respectif** calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 50 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article L. 138-10. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe. Le montant **total des** ~~*de la*~~ contribution**s** due**s** par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et **en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin** ~~*dans les départements d'outre-mer*~~, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.
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*~~ **chaque** 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 au moins 90 % de leur chiffre

de santé, pour 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 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 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 la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.	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~~ **chaque** 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~~ **chaque** 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~~ **chaque** 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 d'une remise. Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de ~~la~~ **chaque** 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~~ **chaque** contribution. A défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de ~~la~~ **chaque** contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de ~~la~~ **chaque** contribution.
Article L. 138-14 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 138-14 modifié du code de la sécurité sociale**
En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, 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, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de ~~la~~ **chaque** 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 juillet suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due. 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.	~~La~~**Les** contribution**s** due**s** par chaque entreprise redevable ~~fait~~ **font** l'objet d'un versement au plus tard le 1er juillet suivant l'année civile au titre de laquelle **les** contributions **sont** due**s**. 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**, liée au taux d'évolution Lh mentionné à l'article L. 138-10,** due au titre de l'année précédant la fixation de ce prix ou de ce tarif. Cette régularisation s'impute sur la contribution**, liée au taux d'évolution Lh mentionné à l'article L. 138-10,** 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~~ **chaque** contribution

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 avril de l'année suivante.	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 **respectif** réalisé au cours de l'année au titre de laquelle **chaque** ~~la~~ contribution est due, avant le 1er avril de l'année suivante.
Article L. 138-16 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 138-16 modifié du code de la sécurité sociale**
Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.	Le produit ~~de la~~ **des** contribution**s** et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

II – <u>Dispositions relatives au dispositif W</u>

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, 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.	Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et **en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin** ~~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.
Article L. 138-19-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 138-19-3 modifié du code de la sécurité sociale**
Le montant total de la contribution est calculé comme suit : **MONTANT DU CHIFFRE D'AFFAIRES** — **TAUX DE LA CONTRIBUTION**	Le montant total de la contribution est calculé comme suit : **MONTANT DU CHIFFRE D'AFFAIRES** — **TAUX DE LA CONTRIBUTION**

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

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

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

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

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

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

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

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

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	Abrogé. ~~*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 la remise qu'elle verse en application de cet accord est supérieure ou égale à 90 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.	~~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 la remise qu'elle verse en application de cet accord est supérieure ou égale à 90 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.~~
Article L. 138-19-7 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 138-19-7 modifié du code de la sécurité sociale**
Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.	Le produit de la contribution ~~et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4~~ est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

ARTICLE 19 – Participation des organismes complémentaires au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte

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 créé 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* ». L'article 23 de la LFSS pour 2016 a prorogé cette contribution pour l'année 2016 afin de couvrir la durée restant à courir de la convention médicale, conformément à l'engagement des organismes complémentaires.

Cette contribution prend la forme d'un prélèvement fiscal annuel assis sur le nombre d'assurés de chaque organisme complémentaire répondant aux critères suivants : assurés ou ayants-droit de plus de 16 ans, ayant eu, dans l'année considérée, au moins une consultation chez leur médecin traitant ayant entraîné la facturation d'un ticket modérateur couvert par l'organisme complémentaire. En conséquence, sont notamment exclus du champ les assurés en affection de longue durée (ALD) et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c). Le montant de la contribution est ensuite déterminé en multipliant, pour chaque organisme, l'effectif des assurés entrant dans le champ par un montant forfaitaire, fixé annuellement par arrêté, dans la limite de 5 €. Le montant global de la contribution a par ailleurs été plafonné par la loi à 150 M€.

L'article 15 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 prévoit la poursuite de l'engagement financier des organismes complémentaires à hauteur de 150 M€ au titre de l'année 2017 et sa transformation, à compter de 2018, selon des modalités permettant à chaque organisme complémentaire de verser directement une contribution au médecin traitant de chacun de ses adhérents.

Il est en conséquence nécessaire de prévoir la mise en œuvre de cet engagement conventionnel dans le cadre législatif au titre de l'année 2017 tout en l'adaptant aux évolutions de la rémunération des médecins.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise à proroger d'un an la contribution actuellement en vigueur mais en en simplifiant les modalités.

Les organismes complémentaires ont en effet poursuivi leur démarche engagée en 2012 pour participer au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte des médecins.

Cette prorogation d'une année de cette contribution s'accompagne d'une simplification de ses modalités de calcul, afin de faciliter sa mise en œuvre et sa lisibilité pour l'ensemble des acteurs. Le montant forfaitaire serait ainsi fixé par la loi au niveau de 5€, qui constituait le niveau maximal prévu jusque-là et qui a été systématiquement retenu par arrêté depuis l'existence de la contribution.

Le plafonnement du rendement de la contribution à 150 millions n'a jamais trouvé à s'appliquer depuis l'existence de la contribution : le rendement spontané global de la contribution a toujours été légèrement inférieur à 150 M€ (76 M€ en 2013 mais le dispositif n'était applicable qu'à mi-année, 149 M€ en 2014 et 144 M€ en 2015). Il peut donc être supprimé sans modifier le rendement de la contribution.

La participation restera recouvrée par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) d'Ile-de-France ; ce recouvrement reste adossé à celui de la déclaration de Taxe de solidarité additionnelle due au titre du 4e trimestre. Son produit reste affecté à la branche maladie du régime général.

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 à partir 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 et aménage 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 2017.

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.

Il convient de rappeler que 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 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 constituant une prorogation temporaire d'une mesure transitoire, 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

Le rendement de cette contribution dépend de la variation des effectifs d'assurés communiqués chaque année à l'ACOSS par les organismes complémentaires assujettis à la taxe de solidarité additionnelle. En fonction de ces données, le montant de la contribution s'élevait à hauteur de 149 M€ en 2014 (29,7 M d'assurés pris en compte dans le calcul au 31 décembre 2013), il s'établit à 144 M€ en 2015 (28,8 M d'assurés au 31 décembre 2014).

De très nombreux facteurs peuvent jouer dans un sens ou dans l'autre sur le rendement définitif de la taxe chaque année : évolution du nombre global d'assurés ayant souscrit une couverture complémentaire, part d'entre eux qui sont exonérés de ticket modérateur (en particulier en raison d'une admission en ALD), part d'entre eux qui ont effectivement une consultation dans l'année chez leur médecin traitant… La multiplicité de ces facteurs et la difficulté de les prévoir conduit à retenir une hypothèse de réalisation « moyenne » pour 2017 sur la base de ce qui a pu être observé en 2014 et 2015. Selon cette hypothèse, le produit de la contribution atteindrait donc 146 M€ au titre de l'année 2017.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
CNAMTS		+146			

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

a) impacts économiques

La mesure proroge et aménage 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.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet, la contribution est due au titre de tous les assurés.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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

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), et à laquelle est adossé le recouvrement de la participation des organismes complémentaires.

Les systèmes d'information ont d'ores et déjà été modifiés pour permettre la mise en œuvre de cette mesure. En raison de la modification du mode de calcul de la participation, une adaptation des supports déclaratifs (dématérialisés) et de la notice d'aide remplissage et autres supports informatifs seront cependant nécessaires.

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

Sant 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.

La mesure nécessitera un décret en Conseil d'Etat pour préciser les modalités de recouvrement de la participation (rénovée) des organismes complémentaires. Ce texte reprendra les dispositions du décret n° 2014-769 du 4 juillet 2014 moyennant quelques adaptations (notamment la suppression des dispositions énoncées aux articles 4 et 5 de ce décret qui seront désormais inutiles).

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

Il conviendra de procéder à la modification du support déclaratif (dématérialisé) de la TSA, notamment par suppression de la case dans la rubrique « D » de la déclaration prévue au II de l'article R. 862-11 du CSS qui doit être complétée et renvoyée par les OC au plus tard le 30 juin 2017 (tableau récapitulatif de TSA) devenue inutile.

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. Le réseau ACOSS/URSSAF assurera l'information des organismes complémentaires, notamment via le site urssaf.fr.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi du versement de la contribution de chaque organisme complémentaire pour l'année 2017 sera assuré, comme les exercices précédents, par l'URSSAF d'Ile-de-France, l'ACOSS et l'assurance maladie obligatoire.

ARTICLE 20 – Transferts de recettes entre 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

- ***Compensation par l'Etat de pertes de recettes et de transfert de dépenses***

Les mesures du Pacte de solidarité et de responsabilité adoptées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 continueront d'avoir un impact sur les recettes de la sécurité sociale en 2017, dont il convient de prévoir les modalités de compensation, selon le principe posé par le Gouvernement dès l'annonce du Pacte. D'une part, l'extension de la réduction du taux de cotisation d'allocations familiales de 1,6 SMIC à 3,5 fois le SMIC n'ayant été appliquée qu'à compter du 1er avril 2016, la mesure ne produira pleinement ses effets qu'à partir de 2017, ce qui entraînera une perte de recettes supplémentaire de 1,1 Md€. D'autre part, la recette non pérenne liée à la création d'un prélèvement à la source des cotisations sociales dues sur les cotisations recouvrées par les caisses de congés payés ne portera plus d'effet à compter de 2017, ce qui appelle une compensation à hauteur de 0,5 Md€, correspondant au produit estimé en LFSS 2015 du rendement de la mesure au titre de l'exercice 2016.

Par ailleurs, la baisse de 7 points du taux de cotisation d'assurance maladie des exploitants agricoles, mise en œuvre par le décret du 31 mars 2016, fait l'objet d'une compensation par l'Etat dès 2016 à hauteur de 0,5 Md€. Il convient d'en prévoir les modalités de compensation de manière pérenne à compter de 2017.

En outre, l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a fixé le principe d'un transfert du financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) du programme 157 « Handicap et dépendance » de la mission « Solidarité, Insertion et égalité des chances » vers l'assurance-maladie, induisant la nécessité d'une compensation de cette dernière par l'Etat à hauteur de 1,5 Md€.

D'autres mesures introduites dans le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 affecteront également l'équilibre financier des organismes de sécurité sociale.

La mise en place d'une réduction (jusqu'à 3,5 points sur les 6,5 points actuels pour les plus bas revenus) des cotisations maladie des travailleurs indépendants à revenus faibles et moyens (inférieurs à 0,7 PASS, soit 27 000 euros), pour 0,15 Md€, présentée dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que le transfert de la totalité du financement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et de la part du financement par l'Etat du Fonds d'intervention régional (FIR) vers l'assurance maladie, pour respectivement 58 M€ et 116 M€, font également l'objet d'une compensation par l'Etat.

L'ensemble de ces mesures se traduit par une perte de recettes et un surcroît de dépense de 2,2 Md€ pour la sécurité sociale.

Le projet de loi de finances pour 2017 porte les modalités de compensation de ces pertes de recettes pour la sécurité sociale.

Le tableau ci-dessous résume les différentes mesures à compenser ainsi que les modalités retenues pour cette compensation.

Montants à compenser (en M€)	**3 848**
Mesures du Pacte de solidarité et de responsabilité	**1 574**
Extinction de la recette caisses de congés payés	500
Effet année pleine de l'extension de la mesure AF	1 074
Mesures déjà mises en œuvre	**2 100**
Baisse des cotisations maladie des exploitants agricoles	480
Transfert du financement des ESAT	1 470
Baisse des cotisations des travailleurs indépendants	150
Mesures PLF 2017/PLFSS 2017	**174**
Transfert de la part Etat du FIR vers l'assurance-maladie	116
Transfert des MDPH à la CNSA	58

Modalités de la compensation (en M€)	**3 848**
Transfert de dépenses	**175**
Agence nationale de la santé publique	65
Allocation de logement temporaire (ALT1)	40
Transférabilité ASPA-AAH	20
Transfert des prestations familiales dans les DOM	50
Compensation d'exonérations	**2 778**
Prélèvement non pérenne sur les réserves de la section 3	**719**
Transferts de recettes	**176**
Transfert de taxe sur les véhicules de sociétés (TVS)	310
TVA fraction à ajuster	-134

Les mesures de transfert de dépenses et la compensation afférente ont des effets différenciés sur l'équilibre des différentes branches du régime général. En conséquence, le présent article procède à certaines réaffectations de recettes entre les branches du régime général, afin de rétablir des soldes équilibrés, et de faire supporter de manière équitable à chacune les effets de la compensation.

- ***Situation financière du Fonds de solidarité vieillesse et logique d'affectation des recettes***

La décision prise en 2010 de mettre à la charge du Fonds une quote-part (d'abord forfaitaire puis limitée à 50% par la LFSS pour 2015) du « minimum contributif », dispositif de solidarité intrinsèque aux régimes d'assurance vieillesse, se

traduit par un coût de 3,5 Md€ pour le FSV. Son opportunité mérite d'être interrogée puisque ce mécanisme a pour objectif d'assurer un niveau de pension minimal à l'ensemble des personnes ayant cotisé un nombre suffisant de trimestre au sein de ce régime. Ces dépenses, qui sont isolées depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 avec les majorations de pensions pour charges de famille au sein d'une section 2, financée par des recettes autres que les prélèvements sociaux sur le capital (taxe sur les salaires, contributions sur les avantages de retraite et de préretraite, redevances UMTS), peuvent être considérées comme un accessoire non-contributif difficilement détachable d'une pension de retraite, qui, elle, est contributive.

Par ailleurs, l'arrêt préjudiciel de la CJUE du 26 février 2015 « De Ruyter » a remis en cause la possibilité d'assujettir à des prélèvements sociaux sur les revenus du capital affectés à la sécurité sociale les personnes rattachées à la sécurité sociale d'un autre Etat-membre de l'Union européenne. De ce fait, des réaffectations importantes de recettes et une redéfinition de l'architecture financière du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), opérées par l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, ont conduit à affecter ces prélèvements, notamment au sein du FSV, à des prestations sociales non contributives et ainsi hors du champ couvert par la décision précitée, distinguées des autres dépenses du Fonds au sein d'une section dédiée, la section 1 (retraçant les dépenses de solidarité constituées par le minimum vieillesse ou les prises en charge de cotisations au titre du chômage ou des arrêts maladie). Cette logique de rationalisation entamée par la LFSS pour 2016 mérite d'être achevée pour que ces ressources constituent les produits exclusifs du FSV.

Enfin, l'accumulation de réserves de la section 3 du Fonds est non seulement très excessive par rapport aux besoins de financement de long terme de cette section consacrée au financement du maintien de l'âge de départ à la retraite à taux plein à 65 ans pour les parents de trois enfants ou parents d'enfant handicapé, mais également dérogatoire par sa logique de provisionnement au principe général du financement global des dépenses annuelles du régime général et du FSV par les recettes de l'année en cours, par répartition.

en Md€

Charges		Produits	
Section 1			
Minimum vieillesse	3,2	CSG sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement	10,7
Prise en charge de cotisations au titre du chômage	11,0	Prélèvement social sur les revenus du capital	4,1
Prise en charge de cotisations au titre de la maladie	1,6	Prélèvement de solidarité sur les revenus du capital	2,4
Section 2			
Minimum contributif	3,5	Taxe sur les salaires	0,3
		Contribution sur les avantages de retraite et de préretraite	0,2
		Redevances fréquence	0,0
Section 3			
Financement du maintien de l'âge de départ à la retraite à 65 ans pour les parents d'enfants handicapés ou de 3 enfants et plus			

Source : LFSS 2016

• *Simplification de l'architecture financière de la branche accidents du travail et maladie professionnelles*

Le fonds commun des accidents du travail (FCAT) a été créé en 1955 pour regrouper et remplacer, à compter du 1er janvier 1956, les anciens fonds de majoration de rentes AT-MP. Le FCAT verse aux salariés des professions non agricoles (ou à leurs ayants droit):

- des majorations de rentes servies aux résidents français titulaires de rentes au titre d'AT-MP survenus en métropole avant le 1er janvier 1947 ou en Algérie avant le 1er juillet 1962 ;
- des prestations ponctuelles servies au titre des anciens fonds dont la gestion a été confiée au FCAT ;
- des allocations dites « avant loi » attribuées aux victimes d'AT-MP survenus en métropole avant le 1er janvier 1947 ou en Algérie avant le 1er juillet 1962, qui ne remplissaient pas les conditions fixées par la législation en vigueur à l'époque pour être titulaires d'une rente, mais qui les remplissent dans la législation actuellement en vigueur ;
- enfin des allocations dites « outre-mer « qui s'ajoutent aux rentes AT-MP servies par des pays autres que la France et l'Algérie, délivrées aux Français résidant en France victimes d'AT-MP survenus dans ces pays alors qu'ils étaient sous la souveraineté, le protectorat ou la tutelle de la France.

Les dépenses de ce fonds sont financées à titre principal par un transfert de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général, prévu à l'article L. 437-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que par une contribution des employeurs autres que l'Etat qui assument directement la charge totale ou partielle de la réparation d'accidents du travail et des maladies professionnelles en vertu de la législation antérieure au 13 mai 1960 (la SNCF, la RATP, l'APHP, la ville et le département de Paris, la préfecture de Police de Paris étaient contributeurs au fonds). Ce transfert de la branche accident du travail et maladies professionnelles est en diminution régulière, compte tenu de la nature de ces dispositifs, qui sont en voie d'extinction. Il représentait 58 M€ en 2004 et ne représente plus que 15 M€ en 2015. L'effectif des bénéficiaires diminue rapidement avec une baisse de 14,1% en 2014, qui porte la population de bénéficiaires à 3 873.

Le Fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA), créé par le décret du 30 décembre 1957, finance des rentes et majorations de rentes pour les salariés et non salariés agricoles. Ce fonds intervient au bénéfice des salariés agricoles, victimes d'accident du travail avant le 1er juillet 1973, date de la socialisation du risque. Par ailleurs, de même que pour les salariés, mais sous condition de souscription à une assurance, le fonds verse des majorations de rente aux exploitants agricoles, pour les accidents survenus avant le 1er avril 2002.

Le FCATA voit également son nombre de bénéficiaires se réduire tendanciellement. Le nombre d'avantages servis est passé de 45 702 en 2008 à 32 026 en 2014, soit une diminution de 5,75 % en moyenne annuelle. Sur la même période, le montant global des prestations servies est passé de 94,4 M€ à 69,5 M€.

Aux termes des articles L. 751-12 et L. 753-3 du code rural et de la pêche maritime, les ressources du fonds proviennent pour 88 % de la CCMSA :

- pour le secteur des salariés agricoles, de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) ;pour le secteur des rentes, des produits des capitaux constitutifs versés par les compagnies d'assurance ;pour le secteur des exploitants agricoles (depuis le 1er avril 2002), par des contributions forfaitaires versées d'une part, par les organismes assureurs gérant le régime de réparation des accidents du travail antérieur à la loi du 30 novembre 2001, au prorata des effectifs (7,1 M€ en 2015) et d'autre part, par la CCMSA (7,1 M€ en 2015).

Si l'identification de ces dépenses dans des fonds spécifiques pouvait éventuellement se justifier à leur création afin d'isoler les prestations prises en charge dans des conditions dérogatoires à celles instituées pour l'avenir lors de la création du régime général, celle-ci apparaît aujourd'hui source de lourdeur administrative et de complexité inutile. La gestion séparée de ces fonds, par la Caisse des dépôts et consignations, n'est aucunement justifiée au regard de leur activité, qui se limite pour le FCAT comme pour le FCATA à un flux de liquidation de nouvelles prestations de quelques dossiers par an.

• *Sécurisation du financement du régime complémentaire de retraites des artisans pensionnés du secteur du BTP*

Le régime complémentaire des entrepreneurs du bâtiment et des travaux publics (RCE-BTP) est un régime fermé depuis 1998, mais qui continue de verser des pensions à ses affiliés et ayants-droit (et retraités à venir au titre de périodes cotisées antérieures à 1998). La gestion du régime est assurée par la Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI).

À partir de la fermeture de ce régime, les assurés concernés ont été affiliés au régime complémentaire des indépendants (RCI), les droits acquis au RCE-BTP y ayant cependant été maintenus. L'équilibrage du régime a été, jusqu'en 2015, assuré par une unique ressource issue d'une quote-part de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S, pour environ 30 M€ en 2015), imposition traditionnellement partiellement affectée aux régimes de base des travailleurs indépendants non agricoles.

Depuis la fin de l'exercice 2015, le RCE-BTP ne dispose plus de cette quote-part de C3S, la logique de cette modification reposant sur le fait que les régimes complémentaires obligatoires doivent être fondés traditionnellement sur un autofinancement par des cotisations (ce qui n'est évidemment pas possible en l'état pour le RCE-BTP, régime fermé).

Le financement des pensions des affiliés du régime, en trésorerie, sur l'exercice 2016, (environ 2,5 M€ mensuels de pensions et précomptes en 2016 versés) est depuis assuré, à titre transitoire, par le régime de base des travailleurs indépendants non agricoles (qui dispose à ce titre dans ses comptes d'une créance sur le RCE-BTP, ces pensions versées étant considérées comptablement comme des avances de trésorerie à l'égard du RCE-BTP et donc retracées au bilan), ce qui permet la garantie temporaire de ces retraites. Cette modalité ne peut cependant évidemment pas constituer une solution pérenne alors que le RCE-BTP doit continuer à verser des prestations pendant encore une quarantaine d'années (bénéficiaires directs et ayants-droit) et que depuis de nombreuses années l'ensemble des actifs du secteur cotisent auprès du RSI au titre de sa retraite complémentaire. Il n'est pas conforme aux principes de fonctionnement de la sécurité sociale que les assurances de base assurent le financement des régimes complémentaires.

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

a) Mesure proposée

• *Réaffectation des recettes au sein des différentes branches de la sécurité sociale afin de tirer les conséquences des mesures de compensation de l'Etat*

Les modalités de compensation par l'Etat des pertes de recettes et transferts de dépenses ont des effets fortement différenciés entre les soldes des différentes branches du régime général, certaines branches pouvant constater des pertes de recettes à l'issue de ces opérations, alors que d'autres enregistrent un gain important (ainsi, la branche vieillesse bénéfice fortement de la compensation par l'Etat d'exonérations aujourd'hui non compensées, compte tenu du poids des cotisations portant sur ce risque au sein de ces dispositifs d'exonération). Une réaffectation des recettes est dès lors nécessaire afin de garantir un résultat financier équilibré après économies (notamment sur le champ de l'ONDAM, les économies en gestion administrative ou au titre de la lutte contre la fraude opérant elles de manière plus équilibrée entre branches), opérations de compensation et transferts de recettes pour chaque branche de la sécurité sociale.

Ces réaffectations de recettes donnent lieu à une rationalisation du schéma d'affectation des recettes de la sécurité sociale, afin de réduire au maximum le nombre de branches affectataires de celles-ci, en limitant ainsi les recettes partagées entre branches, régimes et organismes et en veillant à une cohérence entre la nature de ces recettes – et leur dynamique - et leur affectataire.

Ainsi les droits de consommation sur les tabacs sont en quasi-totalité réaffectés à la CNAMTS (alors que leur affectation était actuellement éclatée entre l'assurance maladie, la CNAF, la CNSA, le fonds CMU, les régimes vieillesse et maladie des exploitants agricoles, certains régimes spéciaux, le FCAATA et, depuis les lois financières pour 2016, le régime d'assurance viagère des gérants et débitants de tabac - RAVGDT), afin de marquer la logique comportementale de cette taxe, visant à prévenir des dommages pour la santé publique, conformément aux préconisations du Haut Conseil au financement de la protection sociale d'affecter cette ressource en totalité aux régimes d'assurance maladie dans son rapport de juin 2013 sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale. Seule demeurera, en plus de son affectation quasi-intégrale à la CNAMTS, une affectation de 29 M€ au RAVGDT.

Il est également procédé :

- à une rationalisation de l'affectation de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance maladie complémentaire, en concentrant son orientation vers la CNAMTS et le fonds CMU, en cohérence avec l'assiette de cette contribution (la CNAF n'en sera, en conséquence plus affectataire) ; cette rationalisation permettra de compenser au fonds CMU la perte des droits tabac qui lui sont actuellement affectés ;
- la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) verra son affectation, aujourd'hui partagée entre la CNAMTS, la CNAV et le régime maladie des exploitants agricoles, rationalisée par l'introduction d'une seule affectation, à la CNAV.

Afin d'assurer une neutralité de ces opérations de rationalisation pour les affectataires actuels de ces recettes, il est procédé à plusieurs ajustements dont les principaux sont les suivants :

- la CNSA se verra attribuer, à due concurrence du montant des droits tabacs qui lui sont aujourd'hui attribués majorés du transfert de 58 M€ correspondant à la part de l'Etat dans le financement des MDPH jusqu'en 2016, une recette nettement plus dynamique à moyen et long terme, à travers une augmentation de sa quote-part de prélèvements sociaux sur le capital, dont elle fait partie des affectataires depuis la LFSS pour 2016 ;
- la CNAF sera compensée du retrait des affectations de droit tabac et de TSA par une augmentation de sa quote-part du produit de taxe sur les salaires, principale recette qui, avec la CSG, demeure partagée entre les régimes, branches et organismes.

Enfin, il est procédé à la compensation au régime complémentaire obligatoire (RCO) des exploitants agricoles des pertes de recettes générées par la centralisation à la CNAMTS de la totalité des droits de consommation sur les tabacs (cette rationalisation incluant la suppression du financement par des droits tabac de la compensation au RCO instituée par l'article 9 de la LFSS 2014 au RCO, la quote-part de DCT étant remplacée par une quote-part de droits sur les alcools, versée par les seules branches vieillesse et maladie du régime de base des exploitants) par l'affectation de la taxe sur les huiles, en prévision plus dynamique qu'une assiette constituée des produits du tabac qui compte tenu des objectifs globaux de santé publique portés par le Gouvernement a vocation à se réduire progressivement.

Le tableau ci-dessous résume les montants à compenser à la sécurité sociale, les transferts effectués en projet de loi de finances afin de réaliser cette compensation, ainsi que les réaffectations de recettes accomplies entre branches de la sécurité sociale.

en Md€	Régime général					Tous régimes Toutes branches	Impact FSV	Impact CNSA	Fonds CMU	Sphère ASSO
	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches					
Transferts internes à la sécurité sociale (m)	1,5	0,0	-2,1	0,5	-0,2	-0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
Droits de consommation sur les tabacs	2,4	0,0	-0,4	-1,0	0,9	0,9		-0,2	-0,4	0,0
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance	0,7			-1,2	-0,5	-0,5			0,5	0,0
Prélèvements sur les revenus du capital					0,0	0,0	-0,3	0,3		0,0
Licences UMTS			0,0		0,0	0,0	0,0			0,0
Prélèvements sur les retraites chapeau			0,2		0,2	0,2	-0,2			0,0
Sommes en déshérence			0,0		0,0	0,0	0,0			0,0
Première étape du transfert MICO vers les régimes			-1,0		-1,0	-1,0	1,0			0,0
Taxes sur les huiles alimentaires	-0,1				-0,1	-0,1				0,0
Droits de consommation sur les farines	-0,1				-0,1	0,0				0,0
Droits de consommation sur les alcools	-0,1				-0,1	-0,1				0,0
CSSS	-2,1		2,1		0,0	0,0				0,0
Taxe sur les salaires	0,8		-3,1	2,7	0,3	0,3	-0,3			0,0

• *Rétablissement progressif de l'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse et rationalisation de son architecture financière*

L'article poursuit, s'agissant du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), un double objectif de rétablissement progressif de son équilibre financier et de simplification de ses mécanismes de financement.

Afin de rétablir progressivement l'équilibre du fonds en recettes et en dépenses, il est proposé de revenir progressivement sur la prise en charge par le FSV d'une partie des dépenses au titre du MICO. En fixant une date limite de transfert de l'ensemble du minimum contributif vers les régimes, la mesure est à la fois claire sur l'objectif, et laisse une progressivité pour ce transfert qui implique des masses très importantes (7 Md€ de minimum contributif, dont 3,5 Md€ à transférer du FSV vers les régimes représentant la part du minimum contributif pris en charge par le Fonds, et aujourd'hui soumise à un plancher de 50%). 1 Md€ sera ainsi transféré du FSV vers les régimes à ce titre en 2017 (en incluant également la reprise par les régimes de la prises en charge des majorations pour conjoint à charge, autre dépense de la section 2 relevant de la même logique que le MICO), l'effet de cette mesure de périmètre étant neutralisé pour la CNAV dans le cadre des schémas de réaffectation de recettes mentionnés plus haut.

La mesure propose également de poursuivre la rationalisation de la structure financière du Fonds de solidarité vieillesse, en retirant au FSV l'ensemble des recettes autres que les prélèvements sociaux sur les revenus du capital, qui seront transférées à la CNAVTS. En contrepartie, une fraction équivalente des dépenses au titre du minimum contributif sera transférée aux régimes de base. Enfin, dans la même logique, la mesure propose de transférer du FSV vers les régimes de sécurité sociale, dès 2017, les dépenses de la section 3 de financement du maintien de l'âge de départ à la retraite à 65 ans pour les parents d'enfants handicapés ou de trois enfants (40 M€ en prévision pour 2017). En effet, dès lors que le droit au maintien de cet âge de départ a été garanti par le législateur, il n'est nullement nécessaire de mettre en place pour appliquer la loi un mécanisme de financement spécifique. Il est donc préférable de supprimer cette section ad hoc, consacrée à une seule ligne de dépenses, afin de transférer la charge correspondante aux régimes de base et de réaliser un prélèvement de la totalité de ces réserves au profit de ces mêmes régimes.

• *Modernisation de l'architecture financière de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

La suppression du FCAT et du FCATA conduit à transférer leur gestion respectivement à la branche accidents du travail et maladies professionnelles et à la Mutualité sociale agricole (MSA).

Il est proposé de supprimer le FCAT à compter du 1er janvier 2018 et de rattacher les populations bénéficiaires au régime général. Les prestations à ce jour liquidées et payées par la direction des retraites de la caisse des dépôts et consignations seraient directement financées, prises en charge et servies par les organismes du régime général.

De la même manière, il est proposé de supprimer le FCAT agricole au 1er janvier 2018 et de transférer son activité aux caisses de la mutualité sociale agricole. La suppression du fonds ne s'accompagnerait pas de la suppression de la contribution des assureurs privés. Celle-ci serait directement affectée et retracée dans les comptes de la branche AT-MP.

Ces mesures de rationalisation sont sans impact sur les bénéficiaires des prestations relevant actuellement de ces fonds.

• *Sécurisation du financement du régime complémentaire de retraites des artisans pensionnés du secteur du BTP*

Il est proposé de sécuriser définitivement le financement du RCE-BTP qui doit être assuré par le régime complémentaire des indépendants, par cohérence avec les règles d'affiliation des artisans du BTP au régime de base du RSI. Les règles du RCE-BTP seraient maintenues : les pensions de droit direct et dérivé seront servies aux affiliés selon la réglementation propre à ce régime, le RCI assurant, en cohérence avec le fait qu'il bénéfice des cotisations des actifs de cette population, le financement du RCE-BTP pour l'avenir.

Le champ d'application du RCI serait ainsi modifié, afin de préciser qu'il assure, selon les règles de droit cristallisées dans les dispositions actuelles, le versement des pensions des actuels bénéficiaires de ce régime.

Les équilibres du RCI ne seraient pas altérés par cette mesure. En 2015, le RCI a en effet présenté un résultat excédentaire à 1 045 M€ et dispose à ce jour de réserves estimées à près de 15,5 Md€. Ce régime complémentaire continue à accumuler des réserves, dont le rendement a été en moyenne de 10% en 2015, ce qui devrait lui permettre de faire face au besoin de financement à venir dans les prochaines décennies. En outre, la date prévisionnelle d'extinction des réserves du RCI se situe en 2061 selon les dernières estimations du régime. Le coût total de la reprise du financement des pensions du RCE-BTP est quant à lui estimé à 205 M€, en prenant en compte que le rythme annuel des décaissements est fortement décroissant (variation annuelle moyenne de -18%) compte tenu de l'évolution démographique de ce régime fermé (le montant des pensions à verser au titre de l'année 2015 est de 27 M€ mais ne serait plus que d'1,6 M€ en 2035).

Enfin, il est prévu que les créances inscrites dans les comptes du RSI sur le RCE-BTP au titre de 2015 et de 2016 fassent l'objet d'une régularisation, versée par le RCI au régime de base.

b) Autres options possibles

• *Réaffectation de recettes entre régimes de sécurité sociale*

A l'issue des compensations par l'Etat des pertes de recettes et des transferts de dépenses à la sécurité sociale, les soldes des différentes branches des régimes de sécurité sociale auraient été déséquilibrés en l'absence de réaffectation de recettes, comme indiqué dans le tableau ci-dessus.

• *Redressement financier du Fonds de solidarité vieillesse*

Le choix de maintenir au sein du Fonds de solidarité vieillesse des dépenses mentionnées n'aurait pas posé de difficulté immédiate au regard du droit de l'Union européenne, à la suite de l'arrêt *De Ruyter* de la Cour de justice, puisque la réorganisation en trois sections aux sources de financement distinctes mise en œuvre par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 apporte une première réponse. Néanmoins, la rationalisation proposée renforce la sécurisation juridique du dispositif, tout en apportant davantage de simplicité à l'architecture financière du Fonds.

• *Modernisation de l'architecture financière de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

Le maintien du FCAT et du FCATA aurait impliqué de maintenir une complexité de gestion et un circuit de financement dérogatoire du droit commun, pour un montant total de prestation particulièrement faible et en rapide décroissance. Cela aurait par ailleurs impliqué de supporter d'importants coûts de gestion, en disproportion totale avec le volume des versements de ces fonds.

• *Sécurisation du financement du régime complémentaire de retraites des artisans pensionnés du secteur du BTP*

Il n'existe pas d'alternative à une prise en charge du financement des retraites des pensionnés du RCE-BTP par le RCI, qui perçoit les cotisations des actifs de cette catégorie d'artisans, autre que l'affectation de recettes fiscales, qui n'apparaît pas une option opportune compte tenu du principe transversal de bonne gestion d'autofinancement par des cotisations des régimes complémentaires.

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

Les mesures de réaffectation de recettes ont un impact direct sur les recettes des branches de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement, et trouvent donc leur place en loi de financement de la sécurité sociale en application du 2° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

La suppression du FCAT et du FCATA a par ailleurs un effet sur les dépenses de gestion des régimes obligatoires de base et figurant au sein du projet de loi de financement de la sécurité sociale au titre du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. Elle justifie enfin sa place en loi de financement au regard de son impact sur l'organisation et la gestion des régimes de sécurité sociale, en application du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

La mesure de sécurisation du financement des retraites des bénéficiaires du RCE-BTP constitue une clarification des conditions d'affiliation des artisans du secteur du BTP et induit, par le transfert de recettes qu'elle rend nécessaire du régime complémentaire des indépendants vers le régime vieillesse de base du RSI afin de régulariser les créances que le RSI détient sur le RCE-BTP au titre des exercices 2015 et 2016, un effet sur les recettes de l'année des régimes obligatoires de base, relevant à ce titre des dispositions du 1° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général sont 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 sont 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.

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 de rationalisation du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'inscrit dans la logique de séparation entre les prestations sociales contributives et non-contributives, en conformité avec les dispositions du règlement n°833/2004 de coordination des systèmes de sécurité sociale.

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

a) Possibilité de codification

L'ensemble du dispositif est codifié, à l'exception du E du I qui concerne un transfert ponctuel de réserves et n'a donc pas vocation à l'être.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article 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

Les mesures de réaffectation de recettes et de modifications des transferts entre régimes de sécurité sociale sont neutres globalement sur le solde des régimes obligatoires de base.

En revanche, deux mesures auront un impact financier en 2017/2018 et au-delà :

- La suppression des fonds communs des accidents du travail, qui se traduira par une économie de 1,5M€ sur les frais de gestion de la Caisse des dépôts et consignations ;
- Du transfert des réserves de la section 3 du FSV, qui permettent d'améliorer en 2017 le solde de la branche maladie, affectataire de ces montants.

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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 mesure vise à neutraliser les impacts redistributifs entre caisses et organismes de sécurité sociale induit par la compensation par l'Etat à la sécurité sociale des pertes de recettes.

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.

Modification des dispositions réglementaires relatives au Fonds de solidarité vieillesse.

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

A l'exception de la suppression de la section 3 du FSV, qui entrera en vigueur de manière différée, l'ensemble des mesures est d'application immédiate et ne nécessite pas de délais de mise en œuvre ou de mesures transitoires.

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

Code de la sécurité sociale	
Livre Premier Titre III	
Chapitre I bis	
Article L. 131-7 actuel	**Article L. 131-7 modifié**
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, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée au premier alinéa de l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.	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, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée au premier alinéa de l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 **et la réduction de cotisation mentionnée à l'article L. 612-5, dans sa rédaction résultant de la loi n°XX du XX de financement de la sécurité sociale pour 2017.**

Article L. 131-8 actuel	Article L. 131-8 modifié
Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous : 1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé : - à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 61,1 % ; - à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 19,2 % ; - 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 ; 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 ; 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° ; 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 57,28 % ; b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 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 % ; 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 ; f) A l'Etablissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à	Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous : 1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé : - à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à **38,48 %** ; - à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à **38,65 %** ; - à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à **22,87 %** ; ~~- 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 ; 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 ; 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° ; 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 **99,75 %** ; ~~b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 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 % ;~~ ~~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 ;~~ ~~f) A l'Etablissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de~~

0,38 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ; g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ; h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 % ; i) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 % ; j) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,25 %. 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.	~~notaires et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,38 0,15 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;~~ ~~g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;~~ ~~h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 % ;~~ ~~i) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 % ;~~ ~~j)~~ **b)** Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,25 %. 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.
Chapitre V	
Article L. 135-2 actuel	**Article L. 135-2 modifié**
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 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 dudit 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	~~Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse sont retracées dans trois sections distinctes.~~ ~~I.-La première section retrace :~~ **Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse comprennent :** 1° Le financement des allocations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 643-1, au chapitre V du 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 dudit 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

d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 du présent code ;	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 du présent code ;
4° Les dépenses mentionnées au I de l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;	4° Les dépenses mentionnées au I de 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 ;	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 l'article 8 de ladite ordonnance ;	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 l'article 8 de ladite ordonnance ;
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 ;	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 ;	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° du présent I ;	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° du présent I ;
10° Le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient.	10° 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 2°, 5° et 7° sont calculées sur une base forfaitaire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	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 :	~~*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 ;	~~*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.	~~*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 le montant, fixé par décret, des versements 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 prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.	~~*III.-La troisième section retrace le montant, fixé par décret, des versements 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 prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des*~~
IV.-Les frais de gestion administrative du fonds sont répartis entre chacune des sections, dans des conditions	

fixées par décret.	~~retraites.~~ ~~III. 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**
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 au 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 du présent code sont constituées par : 1° Une fraction, fixée au 1° de 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 ; 2° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du présent code ; 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'action de l'entreprise et 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'Etat en application du 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 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 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, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques. III.-Sont retracés au sein de la troisième section du fonds	~~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 au 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 du présent code sont constituées par :~~ ~~1° Une fraction, fixée au 1° de 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 ;~~ ~~2° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du présent code ;~~ ~~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'action de l'entreprise et 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'Etat en application du 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 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 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, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques.~~ ~~III.-Sont retracés au sein de la troisième section du fonds les~~

les recettes qui ont été mises en réserve 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.	~~*recettes qui ont été mises en réserve 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.*~~
Chapitre VIII	
Article L.136-8 actuel	**Article L.136-8 modifié**
IV.-Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III est versé : 1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ; 2° Abrogé ; 3° Abrogé ; 4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret et en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime, pour la part correspondant à un taux : a) De 6,05 % pour les contributions mentionnées au 1° du 1 ; b) De 5,75 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ; c) Abrogé ; d) De 4,75 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ; e) De 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 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,30 %. IV bis.-Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé : 1° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 7,6 % ; 2° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 %. 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° Abrogé ; 3° Abrogé ; 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	IV.-Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III est versé : 1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ; 2° Abrogé ; 3° Abrogé ; 4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie ~~*dans des conditions fixées par décret*~~ **pour la contribution sur les revenus d'activité** en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime**, ou à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés pour la contribution assise sur les autres revenus, dans des conditions fixées par décret,** et pour la part correspondant à un taux : a) De 6,05 % pour les contributions mentionnées au 1° du 1 ; b) De 5,75 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ; c) Abrogé ; d) De 4,75 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ; e) De 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 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,30 %. IV bis.-Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé : 1° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 7,6 % ; 2° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 %. 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° Abrogé ; 3° Abrogé ;

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.	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.

Livre Deuxième Titre II Chapitre III

Article L. 223-1 actuel	**Article L. 223-1 modifié**
La caisse nationale des allocations familiales a pour rôle : 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 ; 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 ; 5°) 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	La caisse nationale des allocations familiales a pour rôle : 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 ; 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 ; 5°) De rembourser les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles**, le régime des exploitants 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 ; 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 la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.	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 ; 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 la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.
Article L 241-2	**Article L 241-2 modifié**
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 à 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 du présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, 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 par leurs employeurs. Ces cotisations sont assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ; 2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ; 3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-2 et L. 380-3-1. III.-Les ressources mentionnées au I du présent article sont constituées, en outre, de 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	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 à 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 du présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, 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 par leurs employeurs. Ces cotisations sont assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ; 2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ; 3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-2 et L. 380-3-1. III.-Les ressources mentionnées au I du présent article sont constituées, en outre, de 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. IV. - Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article. Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par : 1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ; 2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ; 3° Une fraction égale à 7,19 % 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° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ; 9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8.	supplémentaires ; 2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2. IV. - Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article. Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par : 1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ; 2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ; 3° Une fraction égale à 7,19 % 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° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ; 9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8.
Article L. 241-3 actuel	**Article L. 241-3 modifié**
La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, par les contributions prévues aux articles L. 137-10, L. 137-12 et L. 137-15, par une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à	La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, par les contributions prévues aux articles L. 137-10, L. 137-12 et L. 137-15, par ~~*une fraction du produit*~~ **le produit** des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-

l'article L. 651-2-1 et par des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale. Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié. Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par des arrêtés ministériels pour certaines catégories de salariés ou assimilés. La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret. Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.	1, ~~*fixée à l'article L. 651-2-1*~~ et par des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale. Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié. Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par des arrêtés ministériels pour certaines catégories de salariés ou assimilés. La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret. **La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par :** **1° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du présent code ;** **2° 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'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;** **3° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail ;** **4° Les sommes acquises à l'Etat en application du 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;** **5° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;** **6° 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, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en**

	application du code des postes et des communications électroniques. Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions
Article L.245-16	**Article L.245-16**
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 1,15 % à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; - une part correspondant à un taux de 3,35 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1.	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 ~~*1,15*~~**1,38** % à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; - une part correspondant à un taux de ~~*3,35*~~**3,12** % au fonds mentionné à l'article L. 135-1.
Livre Quatrième	
Article L.413-6 actuel	**Article L.413-6 modifié**
Les prestations accordées par application des articles L. 413-2 à L. 413-5 sont selon les cas, à la charge, soit de l'Etat employeur, soit du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole. L'Etat ou le fonds commun sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables. Si l'accident ou la maladie a donné lieu à réparation, les prestations sont réduites du montant de la rente correspondant à la réparation accordée, éventuellement revalorisé dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat	Les prestations accordées par application des articles L. 413-2 à L. 413-5 sont selon les cas, à la charge, soit de l'Etat employeur, soit ~~du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole~~ **des caisses mentionnées à l'article L. 215-1 du présent code**. L'Etat ou ~~le fonds commun~~ **ces organismes** sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables. Si l'accident ou la maladie a donné lieu à réparation, les prestations sont réduites du montant de la rente correspondant à la réparation accordée, éventuellement revalorisé dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L.413-10 actuel	**Article L.413-10 modifié**
Les personnes de nationalité française résidant en France et qui, à la suite d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée avant le 1er juillet 1962, sont titulaires, en application de la législation qui était en vigueur en Algérie, d'une rente ou de l'une des allocations et bonifications mentionnées respectivement aux articles 13, 14 et 26 de la loi n° 54-892 du 2 septembre 1954, reçoivent une allocation. Cette allocation s'ajoute à la majoration de ces avantages qui leur est servie en vertu de la législation applicable en Algérie avant le 1er juillet 1962 à due concurrence des avantages qui seraient dus par application des dispositions intervenues en France depuis le 30 juin 1962 ou à intervenir en exécution de la loi n° 54-892 du 2 septembre 1954 ou des articles L. 482-1 et suivants du présent code.	Les personnes de nationalité française résidant en France et qui, à la suite d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée avant le 1er juillet 1962, sont titulaires, en application de la législation qui était en vigueur en Algérie, d'une rente ou de l'une des allocations et bonifications mentionnées respectivement aux articles 13, 14 et 26 de la loi n° 54-892 du 2 septembre 1954, reçoivent une allocation. Cette allocation s'ajoute à la majoration de ces avantages qui leur est servie en vertu de la législation applicable en Algérie avant le 1er juillet 1962 à due concurrence des avantages qui seraient dus par application des dispositions intervenues en France depuis le 30 juin 1962 ou à intervenir en exécution de la loi n° 54-892 du 2 septembre 1954 ou des articles L. 482-1 et suivants du présent code.

Elle est, selon le cas, à la charge soit de l'Etat employeur, soit du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit du fonds commun prévu à l'article 1203 (1) du code rural. Lorsque les personnes mentionnées au premier alinéa ci-dessus ne reçoivent pas les avantages auxquels elles peuvent prétendre en vertu de la législation applicable en Algérie avant le 1er juillet 1962, de la part de l'un des fonds communs des accidents du travail non agricole et agricole survenus en Algérie, ces avantages leur sont servis, selon le cas, soit par le fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit par le fonds commun prévu à l'article 1203 (1) du code rural.	Elle est, selon le cas, à la charge soit de l'Etat employeur, soit ~~du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit du fonds commun prévu à l'article 1203 (1) du code rural.~~ **des caisses mentionnées à l'article L. 215-1 du présent code, soit des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime.** Lorsque les personnes mentionnées au premier alinéa ci-dessus ne reçoivent pas les avantages auxquels elles peuvent prétendre en vertu de la législation applicable en Algérie avant le 1er juillet 1962, de la part de l'un des fonds communs des accidents du travail non agricole et agricole survenus en Algérie, ces avantages leur sont servis, selon le cas, soit par ~~*le fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit par le fonds commun prévu à l'article 1203 (1) du code rural*~~ **les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 du présent code, soit par les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime.**
Article L.413-11-2 actuel	**Article L.413-11-2 modifié**
L'allocation est à la charge du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code. Dans la limite du montant de cette allocation, le fonds commun mentionné à l'article L. 437-1 est subrogé dans les droits du bénéficiaire à l'égard de tout débiteur de majorations de rente ou d'avantages de même nature.	L'allocation est à la charge ~~*du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code*~~ **des caisses mentionnées à l'article L. 215-1.** Dans la limite du montant de cette allocation, ~~*le fonds commun mentionné à l'article L. 437-1 est subrogé*~~ **les caisses sont subrogées** dans les droits du bénéficiaire à l'égard de tout débiteur de majorations de rente ou d'avantages de même nature.
Article L.437-1 actuel	**Article L.437-1 modifié**
La réparation des accidents régis par le présent livre est supportée intégralement par les caisses primaires d'assurance maladie sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole. La couverture des charges qui incombent au fonds commun susmentionné est assurée par la caisse nationale de l'assurance maladie avec le concours des employeurs autres que l'Etat, assumant directement en vertu de la législation antérieure au 13 mai 1960 la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. La contribution de ces derniers est calculée et versée dans les conditions et suivant les modalités fixées par arrêté ministériel.	La réparation des accidents régis par le présent livre est supportée intégralement par les caisses primaires d'assurance maladie~~*sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole.*~~ ~~*La couverture des charges qui incombent au fonds commun susmentionné est assurée par la caisse nationale de l'assurance maladie avec le concours des employeurs autres que l'Etat, assumant directement en vertu de la législation antérieure au 13 mai 1960 la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. La contribution de ces derniers est calculée et versée dans les conditions et suivant les modalités fixées par arrêté ministériel.*~~
Article L. 635-1 actuel	**Article L. 635-1 modifié**
Toute personne relevant de l'une des organisations mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 621-3, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, bénéficie d'un régime de retraite complémentaire obligatoire auquel elle est d'office affiliée. Le régime complémentaire obligatoire d'assurance	Toute personne relevant de l'une des organisations mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 621-3, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité bénéficie d'un régime de retraite complémentaire obligatoire auquel elle est d'office affiliée. Le régime complémentaire obligatoire d'assurance

vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales assure au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. La valeur de service du point peut être différenciée suivant la date d'acquisition des points et la date de prise d'effet de la pension, ainsi que pour les points attribués antérieurement à la création du régime ou convertis lors de sa transformation. Elle peut également, s'agissant des points issus de la conversion mentionnée au second alinéa du I de l'article 57 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, être différenciée suivant le régime d'affiliation antérieur. La couverture des charges est assurée par des cotisations calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base. Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont calculées, dans la limite d'un plafond fixé par décret, sur la base de tranches de revenu d'activité déterminées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. Un décret peut prévoir, sous certaines conditions, que ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant qu'il fixe. L'équilibre financier du régime est assuré par ses seules ressources. Un décret détermine les règles de pilotage du régime, et notamment les conditions dans lesquelles le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants formule à échéance régulière, au ministre chargé de la sécurité sociale, des règles d'évolution des paramètres permettant de respecter des critères de solvabilité.	vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales assure au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. La valeur de service du point peut être différenciée suivant la date d'acquisition des points et la date de prise d'effet de la pension, ainsi que pour les points attribués antérieurement à la création du régime ou convertis lors de sa transformation. Elle peut également, s'agissant des points issus de la conversion mentionnée au second alinéa du I de l'article 57 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, être différenciée suivant le régime d'affiliation antérieur. **Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants assure le financement des pensions versées aux bénéficiaires du régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment.** La couverture des charges est assurée par des cotisations calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base. Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont calculées, dans la limite d'un plafond fixé par décret, sur la base de tranches de revenu d'activité déterminées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. Un décret peut prévoir, sous certaines conditions, que ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant qu'il fixe. L'équilibre financier du régime est assuré par ses seules ressources. Un décret détermine les règles de pilotage du régime, et notamment les conditions dans lesquelles le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants formule à échéance régulière, au ministre chargé de la sécurité sociale, des règles d'évolution des paramètres permettant de respecter des critères de solvabilité.
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 27,3 % ; 2° A la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 41,7 % ; 3° Abrogé ; 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 à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2.**

Article L.862-4 actuel	**Article L.862-4 modifié**
(…) IV.-Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II bis, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du même II bis est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la Caisse nationale des allocations familiales.	(…) **IV.-Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II bis, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du même II bis, est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté à ce même fonds pour une fraction égale à 20,18% et à la branche mentionnée au 3°de l'article L. 200-2 pour une fraction fixée à 79,82%.**
Code rural et de la pêche maritime	
Article L. 731-2 actuel	**Article L. 731-2 modifié**
Le financement des assurances maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par : 1° Les cotisations dues par les assujettis ; 2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ; 3° abrogé ; 4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ; 5° Une fraction égale à 57,8 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ; 6° (Abrogé) 7° (Abrogé) 8° Une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts ; 9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1609 vicies et 1618 septies du code général des impôts ; 10° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1 du code de la sécurité sociale, fixée à l'article L. 651-2-1 du même code ; 11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ; 12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ; 13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche dans les conditions fixées par l'article L. 134-11-1 du code de la sécurité	Le financement des assurances maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par : 1° Les cotisations dues par les assujettis ; 2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ; 3° abrogé ; 4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ; 5° Une fraction égale à ~~57,8~~ **56,50** % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ; 6° (Abrogé) 7° (Abrogé) ~~*8° Une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts ;*~~ ~~*9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1609 vicies et 1618 septies du code général des impôts ;*~~ ~~*10° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1 du code de la sécurité sociale, fixée à l'article L. 651-2-1 du même code ;*~~ 11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ; 12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ; 13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche dans les conditions fixées par l'article L. 134-11-1 du code de la sécurité sociale ;

sociale ; 14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ; 15° Toute autre ressource prévue par la loi.	14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ; 15° Toute autre ressource prévue par la loi.
Article L. 731-3 actuel	**Article L. 731-3 modifié**
Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par : 1° Les cotisations dues par les assujettis ; 2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ; 2° bis Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ; 3° Une fraction égale à 42,2 % du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ; 4° Le produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ; 4° bis Le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts ; 4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ; 5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ; 6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ; 7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ; 7° bis Une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 732-18-3 ; 8° Toute autre ressource prévue par la loi.	Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par : 1° Les cotisations dues par les assujettis ; 2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ; 2° bis Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ; 3° Une fraction égale à ~~42,2~~**39,25** % du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ; 4° Le produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ; 4° bis Le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts ; 4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ; 5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ; 6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ; **6°bis Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 septies du code général des impôts ;** 7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ; 7° bis Une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 732-18-3 ; 8° Toute autre ressource prévue par la loi.
Article L. 732-58 actuel	**Article L. 732-58 modifié**
Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé : - par le produit des cotisations dues, au titre de ce régime, par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour leurs propres droits et, le cas échéant, pour les droits des bénéficiaires mentionnés au IV de l'article L. 732-56 ;	Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé : - par le produit des cotisations dues, au titre de ce régime, par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour leurs propres droits et, le cas échéant, pour les droits des bénéficiaires mentionnés au IV de l'article L. 732-56 ;

- par une fraction du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts. Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après : - les prestations prévues à l'article L. 732-60 ; - les frais de gestion.	~~- par une fraction du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts.~~ **- par une fraction, fixée à 4,25%, du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du code général des impôts ;** **- par le produit de la taxe instituée par l'article 1609 vicies du code général des impôts** Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après : - les prestations prévues à l'article L. 732-60 ; - les frais de gestion.
Chapitre III : Fonds commun des accidents du travail agricole	**~~Chapitre III : Fonds commun des accidents du travail agricole~~ Accidents du travail intervenus avant le 1er juillet 1973**
Section 1 : Dispositions générales	**Section 1 : Dispositions générales**
Article L.753-1 actuel	**Article L.753-1 modifié**
La Caisse des dépôts et consignations gère un fonds commun des accidents du travail agricole qui a la charge des dépenses prévues au présent chapitre, ainsi que de celles résultant des articles L. 751-42 à L. 751-44, L. 751-46 et L. 752-30.	~~La Caisse des dépôts et consignations gère un fonds commun des accidents du travail agricole qui a~~ **Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 assurent** la charge des dépenses prévues au présent chapitre, ainsi que de celles résultant des articles L. 751-42 à L. 751-44, L. 751-46 et L. 752-30. **Elles peuvent déléguer par convention ces compétences à une autre caisse mentionnée à l'article L. 723-2.**
Article L.753-2 actuel	**Article L.753-2 modifié**
Les sociétés et organismes d'assurance peuvent transmettre le service des rentes et la charge des frais de renouvellement d'appareillage dont ils demeurent tenus au fonds commun des accidents du travail agricole, à charge pour eux de transmettre en même temps à la Caisse des dépôts et consignations l'actif correspondant à ces engagements. Un décret fixe les conditions et modalités de ces transferts qui doivent être obligatoirement reçus par le fonds.	Les sociétés et organismes d'assurance peuvent transmettre le service des rentes et la charge des frais de renouvellement d'appareillage dont ils demeurent tenus ~~au fonds commun des accidents du travail agricole~~ **aux caisses mentionnées à l'article L. 723-2 ou à une caisse délégataire en application de l'article L. 753-1,** à charge pour eux de transmettre en même temps à la Caisse des dépôts et consignations l'actif correspondant à ces engagements. Un décret fixe les conditions et modalités de ces transferts ~~qui doivent être obligatoirement reçus par le fonds~~.
Section 2 : Ressources du fonds commun des accidents du travail agricole.	**~~Section 2 : Ressources du fonds commun des accidents du travail agricole.~~**
Article L.753-3 actuel	**~~Article L.753-3 modifié~~**
La part des dépenses effectuées au profit des victimes salariées ou de leurs ayants droit est remboursée au fonds commun, en application de l'article L. 751-12, par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole suivant des	~~La part des dépenses effectuées au profit des victimes salariées ou de leurs ayants droit est remboursée au fonds commun, en application de l'article L. 751-12, par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole suivant des~~

modalités fixées par décret. Le fonds commun est également alimenté par les contributions prévues à l'article 1622 du code général des impôts.	~~*modalités fixées par décret.*~~ ~~*Le fonds commun est également alimenté par les contributions prévues à l'article 1622 du code général des impôts.*~~
Section 3 : Dépenses du fonds commun des accidents du travail agricole	**Section 3 : Dépenses relatives à des accidents du travail intervenus avant le 30 juin 1973~~du fonds commun des accidents du travail agricole~~**
Sous-section 1 : Garantie du paiement des rentes	
Article L753-4 actuel	**Article L753-4 modifié**
A défaut, soit par les chefs d'exploitation ou d'entreprise débiteurs, soit par les sociétés d'assurance à primes fixes ou mutuelles, ou les syndicats de garantie liant solidairement tous les adhérents, de s'acquitter, au moment de leur exigibilité, des indemnités mises à leur charge à la suite d'accidents ayant entraîné la mort ou une incapacité permanente de travail, le paiement en est assuré aux intéressés par le fonds commun des accidents du travail agricole. Ces dispositions ne sont pas applicables aux bénéficiaires du chapitre Ier du présent titre dans le cas d'accidents du travail survenus après le 30 juin 1973 et de maladies professionnelles constatées après cette date.	A défaut, soit par les chefs d'exploitation ou d'entreprise débiteurs, soit par les sociétés d'assurance à primes fixes ou mutuelles, ou les syndicats de garantie liant solidairement tous les adhérents, de s'acquitter, au moment de leur exigibilité, des indemnités mises à leur charge à la suite d'accidents ayant entraîné la mort ou une incapacité permanente de travail, le paiement en est assuré aux intéressés par **les caisses mentionnées à l'article L. 723-2** ~~*le fonds commun des accidents du travail agricole.*~~ ~~*Ces dispositions ne sont pas applicables aux bénéficiaires du chapitre Ier du présent titre dans le cas d'accidents du travail survenus après le 30 juin 1973 et de maladies professionnelles constatées après cette date.*~~
Article L.753-5 actuel	**Article L.753-5 modifié**
La Caisse des dépôts et consignations exerce un recours contre les chefs d'exploitation ou d'entreprises débiteurs, pour le compte desquels des sommes ont été payées par elle, conformément aux dispositions de l'article L. 753-4. En cas d'assurance du chef d'exploitation ou d'entreprise, elle jouit, pour le remboursement de ses avances, du privilège de l'article 2332 du code civil sur l'indemnité due par l'assureur et n'a plus de recours contre le chef d'exploitation ou d'entreprise.	~~*La Caisse des dépôts et consignations exerce*~~ **Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 exercent** un recours contre les chefs d'exploitation ou d'entreprises débiteurs, pour le compte desquels des sommes ont été payées par elles, conformément aux dispositions de l'article L. 753-4. En cas d'assurance du chef d'exploitation ou d'entreprise, ~~*elle jouit, pour le remboursement de ses avances*~~ **elles jouissent, pour le remboursement de leurs avances**, du privilège de l'article 2332 du code civil sur l'indemnité due par l'assureur ~~*et n'a plus de recours*~~ **n'ont plus de recours** contre le chef d'exploitation ou d'entreprise.
Article L. 753-6 actuel	**Article L. 753-6 modifié**
Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application des articles L. 753-4 et L. 753-5 et notamment les formes du recours à exercer contre les chefs d'exploitation ou d'entreprise débiteurs ou les sociétés d'assurances et les syndicats de garantie, ainsi que les conditions dans lesquelles les victimes d'accidents ou leurs ayants droit sont admis à réclamer à la caisse le paiement de leurs indemnités. Les décisions judiciaires n'emportent hypothèque que si elles sont rendues au profit de la caisse des dépôts et	Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application des articles L. 753-4 et L. 753-5 et notamment les formes du recours à exercer contre les chefs d'exploitation ou d'entreprise débiteurs ou les sociétés d'assurances et les syndicats de garantie, ainsi que les conditions dans lesquelles les victimes d'accidents ou leurs ayants droit sont admis à réclamer à la caisse le paiement de leurs indemnités. Les décisions judiciaires n'emportent hypothèque que si elles sont rendues au profit ~~*de la caisse des dépôts et*~~

consignations exerçant son recours contre les chefs d'exploitation ou d'entreprise ou les compagnies d'assurances.	~~consignations exerçant son recours~~ **des caisses mentionnées à l'article L.723-2 exerçant leur recours** contre les chefs d'exploitation ou d'entreprise ou les compagnies d'assurances.
Sous-section 2 : Majorations de rentes.	
Article L. 753-7 actuel	**Article L. 753-7 modifié**
Le fonds commun des accidents du travail agricole supporte la dépense des majorations de rentes, de l'allocation ainsi que de la bonification mentionnées à l'article L. 753-8. La majoration à la charge du fonds commun des accidents du travail agricole est égale à la différence entre la rente revalorisée, comme définie à l'article L. 753-8, et la rente allouée. Les majorations de rentes et bonifications mentionnées à la présente sous-section ne sont pas applicables aux accidents du travail survenus et maladies professionnelles constatées après le 30 juin 1973.	~~Le fonds commun des accidents du travail agricole supporte~~ **Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 supportent** la dépense des majorations de rentes, de l'allocation ainsi que de la bonification mentionnées à l'article L. 753-8. La majoration à la charge ~~du fonds commun des accidents du travail agricole~~ **des caisses mentionnées à l'article L. 723-2** est égale à la différence entre la rente revalorisée, comme définie à l'article L. 753-8, et la rente allouée. Les majorations de rentes et bonifications mentionnées à la présente sous-section ne sont pas applicables aux accidents du travail survenus et maladies professionnelles constatées après le 30 juin 1973.
Article L. 753-12 actuel	**Article L. 753-12 modifié**
Dans la mesure où les augmentations des rentes résultant de l'application des arrêtés de revalorisation ne seraient pas compensées par les primes ou cotisations couvrant le risque agricole, ces augmentations seraient supportées, pour les accidents antérieurs au 1er janvier suivant la date d'effet desdits arrêtés, par le Fonds commun des accidents du travail agricole suivant des modalités et dans les conditions déterminées par décret.	Dans la mesure où les augmentations des rentes résultant de l'application des arrêtés de revalorisation ne seraient pas compensées par les primes ou cotisations couvrant le risque agricole, ces augmentations seraient supportées, pour les accidents antérieurs au 1er janvier suivant la date d'effet desdits arrêtés, par ~~le Fonds commun des accidents du travail agricole~~ **les caisses mentionnées à l'article L. 723-2** suivant des modalités et dans les conditions déterminées par décret.
Article L. 753-15 actuel	**Article L. 753-15 modifié**
Le montant annuel de l'allocation mentionnée à l'article L. 753-14, servie par le Fonds commun des accidents du travail agricole, est calculé selon les modalités fixées au présent titre pour les rentes et majorations de rentes et sur la base du salaire annuel minimum prévu à l'article L. 434-16 du code de la sécurité sociale.	Le montant annuel de l'allocation mentionnée à l'article L. 753-14, servie par ~~le Fonds commun des accidents du travail agricole~~ **les caisses mentionnées à l'article L. 723-2**, est calculé selon les modalités fixées au présent titre pour les rentes et majorations de rentes et sur la base du salaire annuel minimum prévu à l'article L. 434-16 du code de la sécurité sociale.
Article L. 753-19 actuel	**Article L. 753-19 modifié**
Les bénéficiaires des articles L. 753-14 et L. 753-18, dont le droit à l'appareillage a été reconnu dans les formes légales, reçoivent les appareils de prothèse ou d'orthopédie nécessaires en raison de leur infirmité, suivant les modalités techniques de fourniture, de réparation et de renouvellement prévues pour les victimes d'accidents du travail régis par le livre IV du code de la sécurité sociale.	Les bénéficiaires des articles L. 753-14 et L. 753-18, dont le droit à l'appareillage a été reconnu dans les formes légales, reçoivent les appareils de prothèse ou d'orthopédie nécessaires en raison de leur infirmité, suivant les modalités techniques de fourniture, de réparation et de renouvellement prévues pour les victimes d'accidents du travail régis par le livre IV du code de la sécurité sociale.

La charge de l'appareillage est supportée par le Fonds commun des accidents du travail agricole ou, selon le cas, l'Etat employeur.	La charge de l'appareillage est supportée par ~~le Fonds commun des accidents du travail agricole~~ **les caisses mentionnées à l'article L. 723-2** ou, selon le cas, l'Etat employeur. Il est statué sur le droit à l'appareillage dans les conditions fixées par l'article L. 753-17.
Article L. 753-20 actuel	**Article L. 753-20 modifié**
Dans les cas mentionnés aux articles L. 751-42 à L. 751-44, L. 752-30 et L. 753-14 à L. 753-19, le Fonds commun des accidents du travail agricole ou, selon le cas, l'Etat employeur sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables.	Dans les cas mentionnés aux articles L. 751-42 à L. 751-44, L. 752-30 et L. 753-14 à L. 753-19, ~~le Fonds commun des accidents du travail agricole~~ **les caisses mentionnées à l'article L. 723-2** ou, selon le cas, l'Etat employeur sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables.
Sous-section IV	
Article L. 753-22 actuel	**Article L. 753-22 modifié**
Si, à la suite d'un accident du travail, la victime ne peut arriver à exercer la même profession, ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, elle a le droit d'être admise gratuitement dans une école ou autre institution assurant la rééducation professionnelle des mutilés ou réformés de la guerre en vertu du chapitre V du titre VII du livre Ier du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre pour y apprendre l'exercice d'une profession de son choix, sous réserve de présenter les conditions d'aptitudes requises. En aucun cas, la rééducation ne peut se traduire pour l'ayant droit par une réduction des avantages qui lui ont été accordés en vertu du présent titre.	Si, à la suite d'un accident du travail, la victime ne peut arriver à exercer la même profession, ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, elle a le droit d'être admise gratuitement dans une école ou autre institution assurant la rééducation professionnelle des mutilés ou réformés de la guerre en vertu du chapitre V du titre VII du livre Ier du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre pour y apprendre l'exercice d'une profession de son choix, sous réserve de présenter les conditions d'aptitudes requises. En aucun cas, la rééducation ne peut se traduire pour l'ayant droit par une réduction des avantages qui lui ont été accordés en vertu du présent titre. Les frais de rééducation sont supportés par ~~le Fonds commun des accidents du travail agricole~~ **les caisses mentionnées à l'article L. 723-2** sauf dans le cas d'accidents du travail survenus et de maladies professionnelles constatées après le 30 juin 1973, quelle que soit la qualité de la victime.
Code de l'action sociale et des familles	
Article L. 14-10-4 actuel	**Article L. 14-10-4 modifié**
(…) 3° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du même code ; 4° Abrogé ;	(…) 3° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du même code **et répartie 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**

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.	**handicapées et du budget ;** 4° Abrogé ; 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 L. 14-10-5 actuel	**Article L. 14-10-5 modifié**
(…) 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 des prélèvements sociaux mentionné au 3° dudit article L. 14-10-4, 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 de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée. (…) 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	(…) 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 des prélèvements sociaux mentionné au 3° dudit article L. 14-10-4, 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 de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée. (…) 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)*~~ **a)** 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 de projets de création et de consolidation de services polyvalents d'aide et de soins à domicile, de dépenses d'accompagnement des proches aidants, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1, de dépenses de formation et de soutien des 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. (…)	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)~~ **b)** 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 de projets de création et de consolidation de services polyvalents d'aide et de soins à domicile, de dépenses d'accompagnement des proches aidants, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1, de dépenses de formation et de soutien des 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. (…)
Code général des impôts	
Article 1609 vicies actuel	**Article 1609 vicies modifié**
I. Il est institué au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime, en France continentale et en Corse, une taxe spéciale sur les huiles végétales, fluides ou concrètes, effectivement destinées, en l'état ou après incorporation dans tous produits alimentaires, à l'alimentation humaine. Cette taxe est due : a) Pour les huiles fabriquées en France continentale et en Corse, sur toutes les ventes ou livraisons à soi-même de ces huiles par les producteurs ; b) Pour les huiles importées en France continentale et en Corse (y compris les huiles d'animaux marins qui, pour l'assujettissement à la taxe spéciale, sont assimilées aux huiles végétales alimentaires), lors de l'importation ; c) Pour les huiles qui font l'objet d'une acquisition intracommunautaire lors de l'acquisition. II. Les taux de la taxe sont révisés chaque année au mois	I. Il est institué ~~au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime,~~ en France continentale et en Corse, une taxe spéciale sur les huiles végétales, fluides ou concrètes, effectivement destinées, en l'état ou après incorporation dans tous produits alimentaires, à l'alimentation humaine. Cette taxe est due : a) Pour les huiles fabriquées en France continentale et en Corse, sur toutes les ventes ou livraisons à soi-même de ces huiles par les producteurs ; b) Pour les huiles importées en France continentale et en Corse (y compris les huiles d'animaux marins qui, pour l'assujettissement à la taxe spéciale, sont assimilées aux huiles végétales alimentaires), lors de l'importation ; c) Pour les huiles qui font l'objet d'une acquisition intracommunautaire lors de l'acquisition. II. Les taux de la taxe sont révisés chaque année au mois

de décembre, par arrêté du ministre chargé du budget publié au Journal officiel, en fonction de l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle pour l'année suivante des prix à la consommation de tous les ménages hors les prix du tabac. Les évolutions prévisionnelles prises en compte sont celles qui figurent au rapport économique, social et financier annexé au dernier projet de loi de finances. Pour les produits alimentaires importés ou qui font l'objet d'une acquisition intracommunautaire incorporant des huiles imposables, la taxation est effectuée selon les quantités et les natures d'huile entrant dans la composition. Toutefois, pour les produits autres que la margarine, le redevable peut demander l'application d'un tarif forfaitaire, fixé par arrêté du ministre du budget sur des bases équivalentes à celles qui sont retenues pour les produits similaires d'origine nationale. III. Les huiles, y compris celles qui sont contenues dans les produits alimentaires visés ci-dessus, exportées de France continentale et de Corse, qui font l'objet d'une livraison exonérée en vertu du I de l'article 262 ter ou d'une livraison dans un lieu situé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne en application de l'article 258 A, ne sont pas soumises à la taxe spéciale. IV. La taxe spéciale est établie et recouvrée selon les modalités, ainsi que sous les sûretés, garanties et sanctions applicables aux taxes sur le chiffre d'affaires. Sont toutefois fixées par décret les mesures particulières et prescriptions d'ordre comptable notamment, nécessaires pour que la taxe spéciale ne frappe que les huiles effectivement destinées à l'alimentation humaine, pour qu'elle ne soit perçue qu'une seule fois, et pour qu'elle ne soit pas supportée en cas d'exportation, de livraison exonérée en vertu du I de l'article 262 ter ou de livraison dans un lieu situé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne en application de l'article 258 A.	de décembre, par arrêté du ministre chargé du budget publié au Journal officiel, en fonction de l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle pour l'année suivante des prix à la consommation de tous les ménages hors les prix du tabac. Les évolutions prévisionnelles prises en compte sont celles qui figurent au rapport économique, social et financier annexé au dernier projet de loi de finances. Pour les produits alimentaires importés ou qui font l'objet d'une acquisition intracommunautaire incorporant des huiles imposables, la taxation est effectuée selon les quantités et les natures d'huile entrant dans la composition. Toutefois, pour les produits autres que la margarine, le redevable peut demander l'application d'un tarif forfaitaire, fixé par arrêté du ministre du budget sur des bases équivalentes à celles qui sont retenues pour les produits similaires d'origine nationale. III. Les huiles, y compris celles qui sont contenues dans les produits alimentaires visés ci-dessus, exportées de France continentale et de Corse, qui font l'objet d'une livraison exonérée en vertu du I de l'article 262 ter ou d'une livraison dans un lieu situé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne en application de l'article 258 A, ne sont pas soumises à la taxe spéciale. IV. La taxe spéciale est établie et recouvrée selon les modalités, ainsi que sous les sûretés, garanties et sanctions applicables aux taxes sur le chiffre d'affaires. Sont toutefois fixées par décret les mesures particulières et prescriptions d'ordre comptable notamment, nécessaires pour que la taxe spéciale ne frappe que les huiles effectivement destinées à l'alimentation humaine, pour qu'elle ne soit perçue qu'une seule fois, et pour qu'elle ne soit pas supportée en cas d'exportation, de livraison exonérée en vertu du I de l'article 262 ter ou de livraison dans un lieu situé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne en application de l'article 258 A.
Article 1618 septies actuel	**Article 1618 septies modifié**
Il est institué au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime une taxe portant sur les quantités de farines, semoules et gruaux de blé tendre livrées ou mises en œuvre en vue de la consommation humaine, ainsi que sur les mêmes produits introduits en provenance d'autres Etats membres de la Communauté européenne ou importés de pays tiers. Les farines, semoules et gruaux de blé tendre expédiés vers d'autres Etats membres de la Communauté européenne ou vers les départements de Corse, exportés ou destinés à être exportés vers des pays tiers ou vers les départements d'outre-mer, par l'acquéreur, ainsi que les farines utilisées pour la fabrication d'amidon, sont exonérés de la taxe. La taxe est perçue en France continentale auprès des meuniers, des opérateurs qui procèdent à l'introduction des produits sur ce territoire et des importateurs de produits en provenance de pays tiers. Le montant de la taxe est fixé à 15,24 € par tonne de farine, semoule ou gruaux.	Il est institué ~~*au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime*~~ une taxe portant sur les quantités de farines, semoules et gruaux de blé tendre livrées ou mises en œuvre en vue de la consommation humaine, ainsi que sur les mêmes produits introduits en provenance d'autres Etats membres de la Communauté européenne ou importés de pays tiers. Les farines, semoules et gruaux de blé tendre expédiés vers d'autres Etats membres de la Communauté européenne ou vers les départements de Corse, exportés ou destinés à être exportés vers des pays tiers ou vers les départements d'outre-mer, par l'acquéreur, ainsi que les farines utilisées pour la fabrication d'amidon, sont exonérés de la taxe. La taxe est perçue en France continentale auprès des meuniers, des opérateurs qui procèdent à l'introduction des produits sur ce territoire et des importateurs de produits en provenance de pays tiers. Le montant de la taxe est fixé à 15,24 € par tonne de farine, semoule ou gruaux.

Des modalités particulières de liquidation peuvent être déterminées par un décret qui précise également les obligations déclaratives des assujettis. La taxe est recouvrée et les infractions sont recherchées, constatées, poursuivies et sanctionnées selon les règles et sous les garanties prévues en matière de contributions indirectes. Toutefois, à l'importation en provenance de pays non membres de la Communauté européenne, la taxe est recouvrée et les infractions sont recherchées, constatées, poursuivies et sanctionnées selon les règles, privilèges et garanties prévus en matière de douane.	Des modalités particulières de liquidation peuvent être déterminées par un décret qui précise également les obligations déclaratives des assujettis. La taxe est recouvrée et les infractions sont recherchées, constatées, poursuivies et sanctionnées selon les règles et sous les garanties prévues en matière de contributions indirectes. Toutefois, à l'importation en provenance de pays non membres de la Communauté européenne, la taxe est recouvrée et les infractions sont recherchées, constatées, poursuivies et sanctionnées selon les règles, privilèges et garanties prévus en matière de douane.
Article 1622 actuel	**Article 1622 modifié**
Le fonds commun des accidents du travail agricole, prévu aux articles L. 753-1 et L. 753-3 du code rural et de la pêche maritime, est alimenté : 1° Pour moitié : a par une contribution forfaitaire des organismes assureurs au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-1 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1er avril 2002 ; b par une contribution forfaitaire des organismes assureurs au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-22 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1er avril 2002 ; 2° Pour moitié par une contribution forfaitaire des organismes participant à la gestion du régime prévu par la loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001 portant amélioration de la couverture des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux au 1er avril de chaque année. Le montant total de ces contributions est égal à la prévision de dépenses du fonds au titre de l'année, corrigée des insuffisances ou excédents constatés au titre de l'année précédente. Il est fixé chaque année par un arrêté pris conjointement par les ministres chargés du budget et de l'agriculture, dans la limite d'un plafond annuel de 24 millions d'euros.	~~*Le fonds commun des accidents du travail agricole, prévu aux articles L. 753-1 et L. 753-3 du code rural et de la pêche maritime, est alimenté :*~~ ~~*1° Pour moitié :*~~ ~~*a par une contribution forfaitaire des organismes assureurs au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-1 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1er avril 2002 ;*~~ ~~*b par une contribution forfaitaire des organismes assureurs au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-22 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1er avril 2002 ;*~~ ~~*2° Pour moitié par une contribution forfaitaire des organismes participant à la gestion du régime prévu par la loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001 portant amélioration de la couverture des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux au 1er avril de chaque année.*~~ ~~*Le montant total de ces contributions est égal à la prévision de dépenses du fonds au titre de l'année, corrigée des insuffisances ou excédents constatés au titre de l'année précédente. Il est fixé chaque année par un arrêté pris conjointement par les ministres chargés du budget et de l'agriculture, dans la limite d'un plafond annuel de 24 millions d'euros.*~~ **Les organismes assureurs contribuent au financement de la moitié des dépenses mentionnées à l'article L. 753-1 du code rural et de la pêche maritime. Cette contribution est calculée au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-1 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1er avril 2002 et au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-22 du code rural dans sa**

	rédaction antérieure au 1er avril 2002. **Le montant total de ces contributions est égal à la moitié de la prévision de dépenses du fonds au titre de l'année, corrigée de la moitié des insuffisances ou excédents constatés au titre de l'année précédente. Il est fixé chaque année par un arrêté pris conjointement par les ministres chargés du budget et de l'agriculture, dans la limite d'un plafond annuel de 24 millions d'euros.**
Le recouvrement de ces contributions forfaitaires est effectué auprès des organismes assureurs par l'Etat. Les organismes concernés effectuent avant le 30 juin de chaque année la déclaration du nombre de personnes assurées. Ces organismes acquittent et liquident les contributions selon les modalités suivantes : 1° Les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée acquittent deux acomptes correspondant chacun à 40 % de la contribution de l'année précédente. Ces acomptes sont déclarés sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 de l'article 287 déposée au titre du mois de mars ou du premier trimestre et du mois de juin ou du second trimestre. Le solde résultant de la différence entre le montant total de la contribution due au titre de l'année en cours et les deux acomptes précédemment versés est déclaré et acquitté sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 de l'article 287 déposée au titre du mois de septembre ou du troisième trimestre ; 2° Les non-redevables de la taxe sur la valeur ajoutée acquittent deux acomptes correspondant chacun à 40 % de la contribution de l'année précédente. Ces acomptes sont déclarés sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 de l'article 287 déposée auprès du service chargé du recouvrement dont relève le siège social ou le principal établissement au plus tard le 25 avril et le 25 juillet. Le solde résultant de la différence entre le montant de la contribution due au titre de l'année en cours et les deux acomptes précédemment versés est déclaré et acquitté sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 de l'article 287 déposée au plus tard le 25 octobre. Les contributions sont recouvrées et contrôlées selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à ces taxes. Les modalités de déclaration auxquelles sont astreints les organismes assureurs et les mesures nécessaires à l'application du présent article sont fixées par décret.	Le recouvrement de ces contributions forfaitaires est effectué auprès des organismes assureurs par l'Etat. Les organismes concernés effectuent avant le 30 juin de chaque année la déclaration du nombre de personnes assurées. Ces organismes acquittent et liquident les contributions selon les modalités suivantes : 1° Les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée acquittent deux acomptes correspondant chacun à 40 % de la contribution de l'année précédente. Ces acomptes sont déclarés sur l'annexe à la déclaration Le recouvrement de ces contributions forfaitaires est effectué auprès des organismes assureurs par l'Etat. Les organismes concernés effectuent avant le 30 juin de chaque année la déclaration du nombre de personnes assurées. Ces organismes acquittent et liquident les contributions selon les modalités suivantes : 1° Les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée acquittent deux acomptes correspondant chacun à 40 % de la contribution de l'année précédente. Ces acomptes sont déclarés sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 de l'article 287 déposée au titre du mois de mars ou du premier trimestre et du mois de juin ou du second trimestre. Le solde résultant de la différence entre le montant total de la contribution due au titre de l'année en cours et les deux acomptes précédemment versés est déclaré et acquitté sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 de l'article 287 déposée au titre du mois de septembre ou du troisième trimestre ; 2° Les non-redevables de la taxe sur la valeur ajoutée acquittent deux acomptes correspondant chacun à 40 % de la contribution de l'année précédente. Ces acomptes sont déclarés sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 de l'article 287 déposée auprès du service chargé du recouvrement dont relève le siège social ou le principal établissement au plus tard le 25 avril et le 25 juillet. Le solde résultant de la différence entre le montant de la contribution due au titre de l'année en cours et les deux acomptes précédemment versés est déclaré et acquitté sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 de l'article 287 déposée au plus tard le 25 octobre. Les contributions sont recouvrées et contrôlées selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à ces taxes. Les modalités de déclaration auxquelles sont astreints les organismes assureurs et les mesures nécessaires à l'application du présent article sont fixées par décret.

Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999	
Article 41 actuel	**Article 41 modifié**
III.-Il est créé un Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. Il finance également par un versement aux régimes obligatoires de retraite de base concernés les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite prévus au troisième alinéa du II du présent article avant l'âge fixé par l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et par ceux à l'âge de soixante-cinq ans au lieu de l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8 du même code. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,31 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles dont le montant est fixé chaque année par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture. Un conseil de surveillance, composé de représentants de l'Etat, de représentants de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale, des représentants du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole mentionné à l'article L. 723-32 du code rural et de personnalités qualifiées, veille au respect des dispositions du présent article. Il examine les comptes du fonds et transmet au Parlement et au Gouvernement, avant le 15 juillet, un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son fonctionnement.	III.-Il est créé un Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. Il finance également par un versement aux régimes obligatoires de retraite de base concernés les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite prévus au troisième alinéa du II du présent article avant l'âge fixé par l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et par ceux à l'âge de soixante-cinq ans au lieu de l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8 du même code. Ses ressources sont constituées ~~*d'une fraction égale à 0,31 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts,*~~ d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles dont le montant est fixé chaque année par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture. Un conseil de surveillance, composé de représentants de l'Etat, de représentants de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale, des représentants du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole mentionné à l'article L. 723-32 du code rural et de personnalités qualifiées, veille au respect des dispositions du présent article. Il examine les comptes du fonds et transmet au Parlement et au Gouvernement, avant le 15 juillet, un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son fonctionnement.

Loi n° du 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale	
Article 9 actuel	**Article 9 modifié**
(…) V.-La Caisse nationale d'allocations familiales et les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent, en début d'exercice, au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire institué par l'article L. 732-56 du même code une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 dudit code et à l'article 575 du code général des impôts dont ils sont attributaires, égale à la prévision annuelle du surplus	(…) **V.- Les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent, en début d'exercice, au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné par l'article L. 732-56 du même code une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 du même code dont ils sont attributaires, égale à la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du présent article, dont le**

de recettes résultant du présent article, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante.	**montant est fixé et réparti par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante.**

ARTICLE 27 – Amélioration du service rendu par les caisses d'allocations familiales pour le recouvrement des créances alimentaires impayées

I. Présentation de la mesure

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

Le nombre de personnes victimes d'impayés de pensions alimentaires est important et atteindrait 35% des créanciers d'aliments, soit environ 315 000 personnes. Aussi le recouvrement des pensions alimentaires impayées représente un enjeu majeur.

Depuis 2012, une politique volontariste de lutte contre la pauvreté a été mise en œuvre en faveur des parents isolés confrontés à des impayés de pension alimentaire, qui peuvent mettre à mal un équilibre financier déjà fragile. Elle s'est traduite par une revalorisation exceptionnelle des montants de l'ASF et la généralisation par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 de la garantie contre les impayés de pensions alimentaires (GIPA) expérimentée depuis le 1er octobre 2014 dans une vingtaine de départements. Cette mesure mise en œuvre depuis le 1er avril 2016 apporte des premières réponses concrètes aux familles monoparentales particulièrement exposées au risque de pauvreté par le renforcement des moyens de recouvrement et la garantie d'une pension alimentaire minimale d'un montant de 104,75 euros, versée au titulaire d'une décision de justice ou d'un accord amiable. En outre, afin d'optimiser la mission de recouvrement des pensions alimentaires et de professionnaliser les agents en charge de cette mission, la gestion de l'ASF recouvrable a été mutualisée le 30 juin 2015 au sein de 22 CAF pivots. L'amélioration de la capacité de recouvrement des caisses est notable.

La mission de recouvrement des pensions alimentaires, renforcée dans le cadre de la généralisation de la garantie contre les impayés de pensions alimentaires, permet d'apporter une aide importante aux familles monoparentales exposées à ce risque. Néanmoins l'intervention des caisses est perfectible. En effet :

- La mission générale de recouvrement des créances alimentaires n'est pas ouverte à tous : en particulier pour les parents remis en couple, non éligibles à l'ASF, est imposée une condition d'épuisement des procédures normales de recouvrement. Aussi, la possibilité d'avoir recours à l'aide des caisses pour le recouvrement des pensions même lorsque le parent est remis en couple est très méconnue des allocataires. Ainsi, seules 600 familles en couple bénéficient en moyenne par an d'une aide des CAF. Un nombre important de créanciers ne peuvent donc pas bénéficier de la mission de recouvrement des caisses ;
- Les familles qui se séparent et parviennent à trouver un accord amiable n'ont actuellement d'autre possibilité que de recourir au juge aux affaires familiales pour obtenir l'homologation de leur convention, élément pourtant important de sécurisation du créancier en cas d'impayés. Cette procédure apparaît excessivement lourde et contribue à l'embolisation des tribunaux ;
- Aucune réponse satisfaisante n'est apportée au paiement des pensions alimentaires lorsque le créancier a été victime de violences ou de menaces de violence et que ce dernier ne souhaite plus avoir de contact direct avec le parent débiteur afin de ne pas raviver la violence. Trop souvent, la solution qui s'offre au créancier en cas d'impayés de pensions alimentaires est de demander la qualification du débiteur comme « hors d'état » de faire face à son obligation d'entretien, en sollicitant à ce titre le bénéfice de l'allocation de soutien familial, ce qui déresponsabilise le débiteur violent.

Le Président de la République a annoncé le 8 mars 2016, lors de la journée internationale des droits des femmes, la création d'une agence de recouvrement des pensions alimentaires.

Cette agence sera mise en place le 1er janvier 2017 sous la forme d'un service national adossé à la caisse nationale des allocations familiales et grâce à une facilitation du recours à l'aide au recouvrement des caisses pour les parents remis en couple en supprimant la condition d'avoir épuisé les autres voies de recours.

La création de cette Agence marque une nouvelle étape dans le soutien public apporté aux familles monoparentales et contribuera à responsabiliser les parents débiteurs dans l'intérêt notamment de leurs enfants. Elle visera à assurer le recouvrement rapide des pensions alimentaires impayées, dès le premier mois de défaillance, afin de limiter l'appauvrissement du créancier et de ses enfants. Elle permettra de mieux faire connaître la mission générale de recouvrement des impayés de pensions alimentaires des Caf et des caisses de Msa au profit de tout créancier, même remis en couple, dès lors qu'une voie d'exécution engagée par ses soins n'a pas abouti et qu'il en fait la demande.

En cohérence avec ces orientations, la présente mesure complète les missions de la branche famille en matière de fixation des pensions alimentaires et de recouvrement en cas d'incident de paiement : elle instaure ainsi une mission générale de recouvrement des créances alimentaires impayées en supprimant pour les couples l'exigence de la justification d'une tentative préalable de recouvrement ; par ailleurs, elle permet la branche famille de conférer directement, sous conditions, une force exécutoire aux accords amiables des couples non mariés qui se séparent de

façon amiable sans recours au juge ; enfin, en particulier lorsque le créancier a été victime de violence ou de menaces, elle permet à la branche, sur décision du juge, de jouer un rôle d'intermédiation financière entre les parents.

Par lettre de mission en date du 28 avril 2016, la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre des familles, de l'enfance, et des droits des femmes, le ministre de la justice et le secrétaire d'Etat chargé du budget ont confié à l'inspection générale des affaires sociales, l'inspection générale des finances et l'inspection générale des services judiciaires une mission visant à expertiser la création d'une agence de recouvrement des impayés de pension alimentaire afin de répondre à ces difficultés. Les mesures proposées s'appuient sur les travaux de cette mission.

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

a) Mesures proposées

Mesure 1 : confier au service national une mission générale de recouvrement des pensions alimentaires impayées

La mesure vise à généraliser l'exercice de la mission de recouvrement des pensions alimentaires par l'agence de recouvrement. Cette généralisation suppose de mettre un terme aux dispositions conférant, pour les créanciers qui se sont remis en couple, un caractère subsidiaire de l'action de la branche famille par rapport aux autres procédures de recouvrement (par voie d'exécution de droit privé – huissiers – ou par le recouvrement public). La mesure étend par ailleurs aux créanciers remis en couple la possibilité de saisir l'agence pour le recouvrement de pensions au titre d'enfants majeurs encore à charge, dans la limite de leurs 20 ans.

La branche famille deviendra ainsi l'interlocuteur privilégié de tous les parents confrontés à des impayés de pensions alimentaires.

Sur la base d'un recours identique à celui des personnes isolées pour l'ASF recouvrable, le nombre de personnes victimes d'impayés remises en couple susceptibles d'avoir recours à la mission générale de recouvrement des pensions alimentaires est estimé par la mission d'inspection à environ 30 000. Les inspections font l'hypothèse d'un taux de recours de 50 % au terme d'une phase de montée en charge sur 3 ans.

Mesure 2 : permettre au service national de conférer une force exécutoire aux accords amiables fixant des montants de pensions alimentaires

Aujourd'hui, seul le juge aux affaires familiales peut conférer une force exécutoire aux accords amiables, par le biais de la procédure d'homologation prévue à l'article 373-2-7 du Code civil. Le projet de loi de modernisation de la justice du XXIème siècle prévoit une nouvelle procédure de divorce par consentement mutuel par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire, ce dépôt conférant à l'accord une force exécutoire.

La présente mesure propose de prolonger cette démarche de simplification en confiant à l'agence une nouvelle mission permettant de conférer une force exécutoire aux accords amiables fixant un montant de pension alimentaire pour les couples qui se séparent par consentement mutuel et ne relèvent pas d'une procédure de divorce. Sont donc concernés les couples antérieurement pacsés ou en concubinage qui, dans un accord signé et écrit, organisent de façon amiable les modalités de résidence de l'enfant et fixent le montant de la pension alimentaire. Les révisions de conventions déjà homologuées par le juge continueront à incomber à ce dernier.

L'agence donnera force exécutoire à toute convention dont le montant de la pension alimentaire est supérieur ou égal à un barème défini par décret qui tiendra notamment compte du nombre d'enfants à charge, du mode de garde et de la capacité contributive du débiteur. Des accords type seront fournis aux usagers de l'agence. Afin d'évaluer le montant minimum de la pension, un simulateur de pensions alimentaires sera ultérieurement mis à disposition à partir de ce barème.

La force exécutoire assure le caractère opposable de la créance et en permet le recouvrement en cas d'inexécution par le débiteur.

Pour faciliter l'exercice de cette nouvelle mission, l'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale est complété afin de donner aux organismes débiteurs des prestations familiales un droit d'accès aux ressources du débiteur auprès de l'administration fiscale et de lui demander des informations supplémentaires utiles à la détermination du montant de la pension alimentaire prévu par le barème (ex : nombre d'enfants à charge).

Dès lors qu'elles ne relèvent pas du contentieux de la sécurité sociale, les contestations, qui pourraient naître de la décision de l'organisme ne seront pas susceptibles de recours devant la commission de recours amiable ou le tribunal des affaires de sécurité sociale, puisqu'il s'agit avant tout d'un service supplémentaire ouvert aux parents et que, le cas échéant, le meilleur moyen de régler d'éventuelles difficultés restera de recourir à la possibilité, maintenue pour tous, de saisir le juge aux affaires familiales.

L'organisme compétent est celui où réside le parent qui a la garde exclusive de l'enfant ou le parent désigné d'un commun accord pour les enfants en résidence alternée. Cette mission pourra cependant faire l'objet d'une mutualisation auprès d'une ou plusieurs caisses pivots sur le fondement de l'article L. 121-6 du code de la sécurité sociale.

D'après les éléments fournis par la mission des inspections, cette nouvelle compétence pourrait concerner à terme environ 50 000 bénéficiaires par an, dont environ 40 000 qui sans cette nouvelle mission auraient recouru au juge. Cette déjudiciarisation est de nature à accélérer et faciliter les démarches des parents.

Mesure 3 : confier au service national une mission d'intermédiation financière pour les créanciers victimes de violences

Aujourd'hui, le paiement de la pension alimentaire sur décision du juge ne peut intervenir que directement entre le débiteur et le créancier (par virement bancaire ou tout autre moyen de paiement). Seule la reprise de paiement d'une créance alimentaire directement auprès d'une caisse peut intervenir, mais uniquement dans le cadre d'une procédure de recouvrement, sur décision du débiteur et pour une durée limitée (article R. 581-4 du code de la sécurité sociale). Dès lors, trop souvent, les créanciers redoutant toute relation avec leur débiteur en sont réduits à demander la qualification de ce dernier comme « hors d'état », c'est-à-dire de le dispenser du paiement de la pension alimentaire, et ce quelle que soit sa capacité contributive effective.

Il est en conséquence proposé de créer une mission d'intermédiation financière s'adressant aux créanciers victimes de violence afin de permettre le versement à l'agence de la pension alimentaire fixée par décision du juge. Le recours à ce paiement intermédié sera laissé à l'appréciation du juge aux affaires familiales.

Elle s'adresse aux couples séparés, y compris lorsqu'ils sont mariés et aux couples divorcés.

Cette nouvelle mission nécessite notamment de modifier l'article 373-2-2 du code civil.

La possibilité d'intermédiation permet de protéger les créanciers du risque de menace ou de violence sans qu'ils soient obligés de qualifier le débiteur de hors d'état, et d'engager une action de recouvrement de la pension alimentaire dès le premier incident de paiement. En cas d'impayés, les créanciers qui vivent seuls ouvriront droit à l'ASF recouvrable selon les conditions d'ouverture de droit commun.

Cette offre sera gratuite, la procédure de tiers payant ne fera pas l'objet d'une majoration des frais de dossier contrairement à ce qui est prévu pour la procédure de reprise de paiement de la pension consentie par le débiteur dans le cadre du recouvrement amiable.

La caisse compétente est la caisse où réside le demandeur de l'allocation de soutien familial ou le parent créancier lorsque ce dernier n'est pas allocataire de la CAF. Cette nouvelle mission pourra s'intégrer dans le cadre d'une mutualisation auprès de caisses pivots sur le fondement de l'article L. 121-6 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, une mesure complémentaire vise à accélérer les procédures de fixation judiciaire de la pension dans le cadre d'une demande d'ASF recouvrable. Aujourd'hui, le directeur de l'ODPF transmet les éléments dont il dispose sur le débiteur défaillant uniquement au juge sur la demande de ce dernier. Il est donc proposé de permettre, comme cela était possible dans le cadre de l'expérimentation de la GIPA, une transmission de ces éléments directement au créancier, qui pourra les faire valoir dès la première audience.

b) Autres options possibles

Une autre option possible s'agissant de la mesure n° 2 aurait été de permettre la possibilité de faire constater les conventions amiables par les notaires à l'instar de ce qui est prévu pour les divorces par consentement mutuel dans le projet de loi de modernisation de la justice du 21e siècle. Afin de garantir une égalité de traitement entre les familles allocataires, le bénéfice de l'allocation de soutien familial complémentaire serait dans ce cas conditionné au respect par les accords notariés du barème défini par décret qui tiendra notamment compte du nombre d'enfants à charge, du mode de garde et de la capacité contributive du débiteur. Cette option n'est pas retenue car elle ne permet pas d'apporter un soutien à toutes les familles dans la fixation de la pension alimentaire.

Une autre option possible pour la mesure n° 3 aurait été d'ouvrir l'intermédiation financière sur demande du créancier sans avoir recours au juge. Il paraît cependant préférable de recourir à l'office du juge dans ces situations par définition conflictuelles.

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

Ces mesures ont leur place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions :

- du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, en tant qu'elles se traduisent par un impact significatif, détaillé infra, sur les montants d'ASF versés ainsi que sur le montant des autres prestations soumises à conditions de ressources (du fait de l'impact, sur les ressources des allocataires concernés, résultant du recouvrement effectif des créances) ;

- du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, en tant qu'elles modifient les règles d'organisation ou de gestion interne des caisses d'allocations familiales et que les charges de gestion résultant pour la branche famille de ces nouvelles missions affectent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale (cf. infra).

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, 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. Le conseil territorial de Saint-Pierre et Miquelon a été saisi pour avis sur ces dispositions.

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 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. D'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Les mesures proposées seront codifiées dans le code de la sécurité sociale et dans le code civil

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 non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

a) Extension de la mission de recouvrement

Selon les travaux des inspections, ce sont environ 15 000 personnes qui recourraient à terme à l'offre de recouvrement de la part de l'agence, en plus des personnes déjà éligibles. Selon l'INSEE, le montant moyen de pension alimentaire s'établit à 150 €. Si l'on fait l'hypothèse que le recours à l'agence sera déclenché pour un taux de défaillance important (hypothèse : en moyenne, 8 mois de défaillance sur l'année) et pour des débiteurs solvables, le montant susceptible d'être recouvré par l'Agence s'établirait en borne haute à 18 M€. Ces montants auront un impact sur les bases ressources des créanciers, avec un impact sur les différentes prestations sociales auxquelles ils peuvent être éligibles. Si cet impact est certain (les pensions alimentaires représentent en moyenne 18% des revenus des créanciers d'aliments), il ne peut être chiffré avec précision en raison de l'absence d'information sur la distribution de revenus des débiteurs et créanciers.

La mesure aura par ailleurs un impact en gestion, que la mission estime à terme à 80 ETP, sans compter les développements informatiques nécessaires. Pour un coût moyen de 45 000 euros par ETP, l'impact à terme est de 3,6 M€. La mission considère néanmoins que la mission pourra être assumée par le biais de nouveaux gains de productivité dans le réseau, notamment en poursuivant la démarche de mutualisation.

b) Délivrance de titres exécutoires des accords amiables

Cette mesure, qui crée une nouvelle mission pour la branche famille, aura un impact en gestion.

Selon les données fournies par le rapport d'inspection, sur le périmètre des enfants nés hors mariage, les juges statuent actuellement annuellement sur 13 000 demandes portant uniquement sur la pension alimentaire, et sur 118 000 demandes portant à la fois sur la modification de la résidence et sur la pension. La mission fait l'hypothèse qu'à terme, toutes les demandes consensuelles portant uniquement sur la pension (63%, soit 8 200) et la moitié des demandes consensuelles portant à la fois sur la résidence et la pension (soit au final, environ 30 000) seront soumises aux ODPF pour validation. Il faut ajouter à ces données une partie des quelque 50 000 séparations qui sont actuellement réalisées sans recours au juge et qui, vu la facilité des procédures mises en place, pourraient trouver intérêt à obtenir une validation donnant force exécutoire à l'accord amiable. On retient l'hypothèse d'un taux de recours à terme de 20 %, soit 10 000 dossiers supplémentaires. Au total, à terme, ce serait donc 48 000 dossiers de validation qui seraient transmis aux ODPF. D'après les données de la mission, le coût en gestion représenterait, pour les seuls moyens de personnel, environ 40 ETP, soit 1,8 M€.

Cette mesure aura par ailleurs un effet induit sur la dépense d'ASF complémentaire, dans la mesure où le développement de cette nouvelle mission conduira la branche famille à faire connaître de façon plus systématique le droit à l'ASF. Si l'on suppose que dans 10% des dossiers transmis pour délivrance de titre exécutoire aux ODPF, un droit à ASF complémentaire peut être ouvert, pour un montant moyen de 59 euros, l'impact de ce meilleur accès au droit s'élèverait à 3,5 M€ la première année, pour atteindre environ 11 M€ au bout de 3 ans (durée moyenne d'attribution de l'ASF complémentaire).

c) Création d'une intermédiation financière en cas de débiteur violent

Avec cette mesure, le nombre de débiteurs qualifiés de « hors d'état » au seul titre d'un risque de violence va significativement diminuer. Il y aura un impact direct sur l'ASF dite non recouvrable, actuellement versée pour environ 14 000 enfants sur le motif de violence ou menace de la part du débiteur (sur un total de 460 000 enfants bénéficiaires de l'ASF non recouvrable).

Le gain permis par la mesure s'établit en conséquence à terme entre 8,8 M€ (50% des débiteurs actuellement qualifiés de hors d'état sur ce motif s'acquittent de la pension) et 17,6 M€ au maximum (hypothèse de reprise de paiement à 100%).

On fait l'hypothèse d'une montée en charge sur 3 ans.

Organismes impactés **(Branche famille)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Mesure 1 – extension de la mission de recouvrement des impayés					
Coûts de gestion		*-0,7*	*-1,8*	*-3,6*	*-3,6*
Impact sur les prestations soumises à conditions de ressources		+	+	+	+
Mesure 2 – émission de titres exécutoires pour les accords amiables					
Coûts de gestion			*-1,8*	*-1,8*	*-1,8*
Impact sur le meilleur accès au droit à l'ASF complémentaire			*-3,5*	*-7 M€*	*-11 M€*
Mesure 3 – intermédiation financière en remplacement de la qualification de « hors d'état » pour les débiteurs violents					
Impact sur l'ASF non recouvrable		*+3*	*+6*	*+8,8*	*+8.8*

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

a) impacts économiques

La mesure apporte des ressources supplémentaires aux familles liées aux pensions alimentaires qui seront recouvrées pour les couples ou aux pensions alimentaires qui seront versées grâce aux accords amiables. Elle a en conséquence des effets redistributifs entre débiteurs et créanciers des pensions alimentaires.

b) impacts sociaux

Par son offre de service globale, l'instauration de cette agence permettra d'améliorer l'accès aux droits des familles. 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. 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. Elle permettra d'apporter un gain financier aux couples qui auront recours à la mission de recouvrement des pensions alimentaires estimés au terme de la montée en charge à 30 000 familles supplémentaires.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

La mise en place de cette agence permettra de lutter efficacement 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, de 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].

- ***impact sur les jeunes***

La politique mise en œuvre vise à responsabiliser les parents débiteurs dans l'exercice de leur responsabilité parentale. Cette mesure aura un impact sur les jeunes, l'implication du parent débiteur permettra à terme de resserrer les liens avec le jeune.

[1] Source : INSEE Première, N°1195

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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 procédure de délivrance de titres exécutoires pour des accords amiables se fera sur une base déclarative. L'agence sera chargée de mettre à disposition des familles un simulateur des pensions alimentaires et des modèles d'accord amiables.

Ces mesures sont en outre des mesures de simplification des formalités de recouvrement, de fixation de pension alimentaire et d'intermédiation.

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

L'agence permettra d'offrir aux usagers un espace dématérialisé, intégrant un simulateur, un accord type amiable à télécharger et valorisant l'offre de service suite à une séparation. Un télé service pour la gestion de l'ASF-C et des accords amiables sera mis en place.

La création des nouvelles missions obligera la Caisse nationale des allocations familiales à apporter des adaptations importantes à son système d'information qui ne permettent pas une mise en œuvre opérationnelle de toutes les mesures dès le 1er janvier 2017. Les personnels des caisses pivots qui agiront au nom de l'agence seront formés pour faciliter la mise en œuvre de la mission de délivrance de titres exécutoires pour des accords amiables.

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

La généralisation de la GIPA a permis de renforcer les ETP dans les 22 caisses pivots chargées de l'activité de recouvrement. 114 ETP supplémentaires ont été affectés à l'activité de recouvrement des pensions alimentaires, de sorte que les 22 CAF pivots rassemblent 332 ETP affectés à la gestion de l'ASF recouvrable et au recouvrement. 35 000 personnes sont prises en charge au titre de l'ASF recouvrable.

Un maillage régional sur la base des nouveaux périmètres régionaux sera recherché afin de déployer l'action des caisses pivots en cohérence. Les gains en ETP ainsi obtenus seront déployés en vue de permettre d'assumer une partie des nouvelles missions et de compenser les nouvelles missions de recouvrement.

L'impact de la mesure n° 2 (délivrance des titres exécutoires) est par ailleurs estimé à une quarantaine d'ETP pour un flux d'un peu moins de 50 000 dossiers.

L'ajustement des moyens qui pourrait résulter de la mesure (et qui restera limité comparativement à ce qui est consacré aujourd'hui à la gestion de l'ASF) sera pris en compte dans le cadre du dialogue de gestion courant avec la CNAF. Il sera nécessairement pris en considération dans le cadre de la future convention d'objectifs et de gestion. Par ailleurs, un dialogue de gestion spécifique interviendra avec le Ministère de la Justice pour déterminer la nature et l'ampleur des transferts de moyens rendus possibles par l'allègement conséquent des charges de gestion supportées actuellement par son administration.

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

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

Modification de l'article R. 523-3-2 du code de la sécurité sociale pour tirer les conséquences de la mission de délivrance de titres exécutoires sur l'attribution de l'ASF complémentaire et précisions réglementaires à apporter sur les modalités de mise en œuvre de cette nouvelle mission.

Modification de l'article D. 523-1 pour modifier le 4° sur la date d'ouverture du droit à l'ASF-C qui prendra effet à la date de la décision de la caisse qui donne force exécutoire à la convention.

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'extension des missions de recouvrement pourra entrer en vigueur dès le 1er janvier 2017. La mission d'intermédiation sera progressivement déployée au cours de l'année 2017. L'émission de titres exécutoires sur les accords amiables constitue une mission totalement nouvelle, qui requiert un délai d'adaptation plus important. L'entrée en vigueur de cette partie de la mesure est fixée au 1er avril 2018.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les nouvelles missions (délivrance de titres exécutoires, intermédiation financière et recouvrement) seront portées à la connaissance des familles par une communication grand public. Pour les publics allocataires, l'information s'inscrit dans la proposition d'offre globale déployée par les CAF 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. L'agence proposera un espace internet dématérialisé.

Un nouvel espace « co-parentalité » sur caf.fr permettra à compter de janvier 2017 aux parents d'accéder à l'information utile sur l'offre de service de la branche afin de répondre à leurs questions et de télécharger un certains nombre d'outils tels que des informations sur les différents niveaux d'offres de service (séance d'informations collectives, rendez-vous des droits, offre de travail social, guide de séparation…), un projet type d'accord amiable, un simulateur de pension alimentaire, la télé-déclaration de changement de situation familiale à partir de laquelle la CAF pourra initier le contact avec le créancier et le débiteur (rendez-vous des droits).

d) Suivi de la mise en œuvre

L'objectif de l'agence est de mettre en place un comité de pilotage et de suivi de l'action des 22 caisses pivots.

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 (1er janvier 2017)**
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 comme tels, 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 4°, 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 et qui assument la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants remplissant l'une des conditions précédemment mentionnées.	**I. -** 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 comme tels, 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 4°, 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. **II- En vue de faciliter la fixation de la pension alimentaire par l'autorité judiciaire, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant à l'issue du contrôle qu'il effectue sur sa situation, dès lors qu'un droit à l'allocation de soutien familial mentionné au 3° est ouvert.** **III.-** 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 et qui assument la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants remplissant l'une des conditions précédemment mentionnées.
Article L. 523-1 du code de la sécurité sociale (1er janvier 2017)	**Article L. 523-1 modifié du code de la sécurité sociale (1er avril 2018)**
I. - 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	I. - 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 comme tels, 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 4°, 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.	mère, se soustraient ou se trouvent, s'ils sont considérés comme tels, 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 **ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2** ; 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 **ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2,** 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 4°, notamment les conditions dans lesquelles, en l'absence de décision de justice préalable, le montant de ~~l'obligation d'entretien~~ **la contribution** pris en compte pour le calcul de l'allocation de soutien familial différentielle est retenu, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
II- En vue de faciliter la fixation de la pension alimentaire par l'autorité judiciaire, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant à l'issue du contrôle qu'il effectue sur sa situation, dès lors qu'un droit à l'allocation de soutien familial mentionné au 3° est ouvert.	II- En vue de faciliter la fixation de la pension alimentaire par l'autorité judiciaire, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant à l'issue du contrôle qu'il effectue sur sa situation, dès lors qu'un droit à l'allocation de soutien familial mentionné au 3° est ouvert.
III.- 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 et qui assument la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants remplissant l'une des conditions précédemment mentionnées.	III.- 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 et 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 (1er janvier 2017)**
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 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.	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.	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.

Dans le cas prévu au 4° de l'article L. 523-1, l'allocation différentielle n'est pas recouvrée et demeure acquise au créancier.	Dans le cas prévu au **4° du I** de l'article L. 523-1, l'allocation différentielle n'est pas recouvrée et demeure acquise au créancier.
Article L. 581-2 du code de la sécurité sociale (1er janvier 2017)	**Article L. 581-2 modifié du code de la sécurité sociale (1er avril 2018)**
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. Dans le cas prévu au 4° du I de l'article L. 523-1, l'allocation différentielle n'est pas recouvrée et demeure acquise au créancier.	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 **ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2,** 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 **ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2,** 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. Dans le cas prévu au 4° du I de l'article L. 523-1, l'allocation différentielle n'est pas recouvrée et demeure acquise au créancier.
Article L. 581-6 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 581-6 modifié du code de la sécurité sociale**
Le titulaire d'une créance alimentaire fixée par décision de justice devenue exécutoire en faveur de ses enfants mineurs, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial et si une voie d'exécution engagée par ses soins n'a pas abouti, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir. Ce recouvrement est exercé dans les conditions et pour les créances mentionnées aux articles L. 581-2 et suivants.	**Le titulaire d'une créance alimentaire fixée par décision de justice devenue exécutoire, en faveur de ses enfants jusqu'à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir.** Ce recouvrement est exercé dans les conditions et pour les créances mentionnées aux articles L. 581-2 et suivants.
Article L. 581-6 du code de la sécurité sociale (1er janvier 2017)	**Article L. 581-6 modifié du code de la sécurité sociale (1er avril 2018)**
Le titulaire d'une créance alimentaire fixée par décision de justice devenue exécutoire en faveur de ses enfants jusqu'à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, bénéficie, à sa demande,	Le titulaire d'une créance alimentaire fixée par décision de justice devenue exécutoire **ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2,** en faveur de ses enfants jusqu'à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de

de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir. Ce recouvrement est exercé dans les conditions et pour les créances mentionnées aux articles L. 581-2 et suivants.	l'allocation de soutien familial, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir. Ce recouvrement est exercé dans les conditions et pour les créances mentionnées aux articles L. 581-2 et suivants.
Article L. 581-10 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 581-10 modifié du code de la sécurité sociale (1er avril 2018)**
Le recouvrement sur le débiteur d'aliments de toute avance sur pension alimentaire fixée par une décision judiciaire devenue exécutoire et consentie par les organismes débiteurs de prestations familiales peut être confié, pour le compte de ces organismes, aux comptables publics compétents. Le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales établit et certifie l'état des sommes à recouvrer et l'adresse au représentant de l'Etat dans le département. Celui-ci rend cet état exécutoire dans un délai de cinq jours ouvrables et le transmet au directeur départemental des finances publiques. 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 de la cessation de la procédure de recouvrement par les comptables publics compétents, exercer aucune action en vue de récupérer les sommes qui font l'objet de leur demande. En cas de contestation relative à l'application des premier et deuxième alinéas du présent article, il est procédé comme à l'article 4 de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975. Le recouvrement des avances est poursuivi selon les procédures et dans les conditions prévues par les articles 7 à 9 de la loi du 11 juillet 1975 précitée. Les comptables publics compétents peuvent également mettre en œuvre les actions et garanties dont dispose le créancier pour le recouvrement de sa pension alimentaire. En cas de recours à une procédure de recouvrement public par le créancier de la pension alimentaire, les sommes recouvrées sont affectées par priorité au règlement de la créance de l'organisme débiteur de prestations familiales. En cas de décès du débiteur ou lorsque l'impossibilité de recouvrer la créance a été constatée par le comptable public compétent, ce dernier renvoie le titre exécutoire à la caisse d'allocations familiales qui en décharge le comptable public et informe de sa décision le représentant de l'Etat dans le département. Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales poursuit le recouvrement d'une créance alimentaire au titre des articles L. 581-2 à L. 581-5, le présent article est applicable à la totalité de la créance.	Le recouvrement sur le débiteur d'aliments de toute avance sur pension alimentaire fixée par une décision judiciaire devenue exécutoire **ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2** et consentie par les organismes débiteurs de prestations familiales peut être confié, pour le compte de ces organismes, aux comptables publics compétents. Le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales établit et certifie l'état des sommes à recouvrer et l'adresse au représentant de l'Etat dans le département. Celui-ci rend cet état exécutoire dans un délai de cinq jours ouvrables et le transmet au directeur départemental des finances publiques. 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 de la cessation de la procédure de recouvrement par les comptables publics compétents, exercer aucune action en vue de récupérer les sommes qui font l'objet de leur demande. En cas de contestation relative à l'application des premier et deuxième alinéas du présent article, il est procédé comme à l'article 4 de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975. Le recouvrement des avances est poursuivi selon les procédures et dans les conditions prévues par les articles 7 à 9 de la loi du 11 juillet 1975 précitée. Les comptables publics compétents peuvent également mettre en œuvre les actions et garanties dont dispose le créancier pour le recouvrement de sa pension alimentaire. En cas de recours à une procédure de recouvrement public par le créancier de la pension alimentaire, les sommes recouvrées sont affectées par priorité au règlement de la créance de l'organisme débiteur de prestations familiales. En cas de décès du débiteur ou lorsque l'impossibilité de recouvrer la créance a été constatée par le comptable public compétent, ce dernier renvoie le titre exécutoire à la caisse d'allocations familiales qui en décharge le comptable public et informe de sa décision le représentant de l'Etat dans le département. Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales poursuit le recouvrement d'une créance alimentaire au titre des articles L. 581-2 à L. 581-5, le présent article est applicable à la totalité de la créance.

Article L. 582-1 abrogé	**Article L. 582-1 rétabli du code de la sécurité sociale**
Abrogé	**Pour l'application du dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, lorsque le créancier est demandeur ou bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales notifie au débiteur par lettre recommandée avec accusé de réception qu'il est tenu de procéder au versement de la créance fixée par décision de justice auprès de cet organisme et qu'à défaut de ce paiement dans un délai de deux mois, le recouvrement de la créance sera poursuivi par tout moyen. L'organisme débiteur précise à cet égard les termes à échoir et les arriérés de pension dus à compter de la date de la décision de justice.** **Lorsque le créancier ne remplit les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, il est fait application des dispositions du premier alinéa sur demande du créancier.** **Lorsque l'autorité judiciaire use de la faculté prévue au dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, le débiteur ne peut pas être considéré comme hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension alimentaire mise à sa charge par décision de justice.** **L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou à défaut celui du parent créancier.**
Article L. 582-2 abrogé	**Article L. 582-2 rétabli du code de la sécurité sociale (1er avril 2018)**
Abrogé	**Sur demande conjointe des parents, qui mettent fin à une vie en concubinage ou qui ont procédé à une dissolution du pacte civil de solidarité qui les unissait, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales donne force exécutoire à l'accord par lequel ils fixent le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation en faveur de l'enfant mise à la charge du débiteur, si les conditions suivantes sont réunies :** **1° Aucun des parents n'est titulaire d'une créance fixée pour ce même enfant par une décision de justice ou n'a engagé de démarche pour l'obtenir ;** **2° Le montant de la contribution, fixé en numéraire, est supérieur ou égal à un seuil établi en tenant compte notamment des modalités de résidence retenues pour l'enfant mentionné au premier alinéa, des ressources du débiteur, et du nombre d'enfants de ce dernier lorsqu'ils sont à sa charge selon des conditions fixées par décret ;** **3° L'accord précise les informations strictement nécessaires à la détermination du montant de la contribution telles que mentionnées au 2°.**

	La décision de l'organisme a les effets d'un jugement et constitue un titre exécutoire au sens du 6° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution. **La demande des parents peut être réalisée par voie dématérialisée.** **Lorsque l'information mentionnée au 1° n'a pas été portée à la connaissance de l'organisme, la décision de l'organisme débiteur est frappée de nullité.** **La décision de l'organisme n'est susceptible d'aucun recours devant la commission de recours amiable prévue en application de l'article L.142-1 du présent code.** **Les parents sont tenus de signaler à l'organisme tout changement de situation susceptible d'entraîner la révision de la contribution. Lorsque ce changement entraîne une modification du droit à l'allocation mentionnée au 4° de l'article L. 523-1, les parents transmettent un nouvel accord à l'organisme en vue du maintien de cette prestation.** **L'organisme auquel incombe la délivrance du titre exécutoire est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou à défaut du parent créancier.** **Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.**
Article L. 583-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 583-3 modifié du code de la sécurité sociale (1er avril 2018)**
	Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul des prestations familiales, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes débiteurs de prestations familiales selon les modalités de l'article L. 114-14. **Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application du premier alinéa du présent article exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17.** **Lorsque ces informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires, les demandeurs ou les bailleurs les communiquent par déclaration aux organismes débiteurs de prestations familiales.** **Ces organismes contrôlent les déclarations des allocataires ou des demandeurs, notamment en ce qui**

	concerne leur situation de famille, les enfants et personnes à charge, leurs ressources, le montant de leur loyer et leurs conditions de logement. Ils peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation mentionnée à l'articleL. 542-1 est perçue. **Pour l'exercice de leur contrôle, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment les administrations financières, et aux organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire et d'indemnisation du chômage, qui sont tenus de les leur communiquer.** **Les informations demandées aux allocataires, aux demandeurs, aux bailleurs, aux administrations et aux organismes ci-dessus mentionnés doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'attribution des prestations familiales.** **Un décret fixe les modalités d'information des allocataires, des demandeurs et des bailleurs dont les déclarations font l'objet d'un contrôle défini dans le présent article.** **Les personnels des organismes débiteurs sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées.** **Le versement des prestations peut être suspendu si l'allocataire refuse de se soumettre aux contrôles prévus par le présent article.** **Le présent article est également applicable aux informations demandées au parent débiteur et au parent créancier nécessaires pour l'application de l'article L. 582-2 et le 4° du I de l'article L. 523-1.**
	Article L. 583-5 créé du code de la sécurité sociale (1er avril 2018)
	Les organismes débiteurs des prestations familiales communiquent à l'administration fiscale le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée dans l'accord mentionné à l'article L. 582-2 et auquel ils ont donné force exécutoire.
Article L. 755-3 du code de la sécurité sociale	**Article L. 755-3 modifié du code de la sécurité sociale**
Les dispositions des articles L. 512-1 à L. 512-4, L. 513-1, L. 521-2, L. 552-1, L. 553-1, L. 553-2, L. 553-4 et L. 583-3 sont applicables aux collectivités mentionnées à l'article L. 751-1. La base de calcul des prestations familiales est la même que celle qui est fixée en application de l'article L. 551-1	Les dispositions des articles L. 512-1 à L. 512-4, L. 513-1, L. 521-2, L. 552-1, L. 553-1, L. 553-2, L. 553-4, **L. 582-1** et L. 583-3 sont applicables aux collectivités mentionnées à l'article L. 751-1. La base de calcul des prestations familiales est la même que celle qui est fixée en application de l'article L. 551-1
Article L. 755-3 du code de la sécurité sociale	**Article L. 755-3 modifié du code de la sécurité**

(version en vigueur au 1er janvier 2017)	sociale (1er avril 2018)
Les dispositions des articles L. 512-1 à L. 512-4, L. 513-1, L. 521-2, L. 552-1, L. 553-1, L. 553-2, L. 553-4, L. 582-1 et L. 583-3 sont applicables aux collectivités mentionnées à l'article L. 751-1. La base de calcul des prestations familiales est la même que celle qui est fixée en application de l'article L. 551-1	Les dispositions des articles L. 512-1 à L. 512-4, L. 513-1, L. 521-2, L. 552-1, L. 553-1, L. 553-2, L. 553-4, L. 582-1, **L. 582-2, L. 583-3 et L. 583-5** sont applicables aux collectivités mentionnées à l'article L. 751-1. La base de calcul des prestations familiales est la même que celle qui est fixée en application de l'article L. 551-1
Article 373-2-2 actuel du code civil	**Article 373-2-2 modifié du code civil**
En cas de séparation entre les parents, ou entre ceux-ci et l'enfant, la contribution à son entretien et à son éducation prend la forme d'une pension alimentaire versée, selon le cas, par l'un des parents à l'autre, ou à la personne à laquelle l'enfant a été confié. Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par la convention homologuée visée à l'article 373-2-7 ou, à défaut, par le juge. Cette convention ou, à défaut, le juge peut prévoir le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement. Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant. Elle peut être en tout ou partie servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.	En cas de séparation entre les parents, ou entre ceux-ci et l'enfant, la contribution à son entretien et à son éducation prend la forme d'une pension alimentaire versée, selon le cas, par l'un des parents à l'autre, ou à la personne à laquelle l'enfant a été confié. Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par la convention homologuée visée à l'article 373-2-7 ou, à défaut, par le juge. Cette convention ou, à défaut, le juge peut prévoir le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement. Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant. Elle peut être en tout ou partie servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation. **Lorsque le parent débiteur de la pension alimentaire a fait l'objet d'une plainte déposée à la suite de menaces, de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant ou d'une condamnation pour de telles violences ou en cas de violences mentionnées dans une décision de justice, le juge peut prévoir que cette pension est versée entre les mains du directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales.**
Article 1er de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires	**Article 1er modifié de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires (1er avril 2018)**
Toute pension alimentaire fixée par une décision judiciaire devenue exécutoire dont le recouvrement total ou partiel n'a pu être obtenu par une des voies d'exécution de droit privé peut être recouvrée pour le compte du créancier par les comptables publics compétents.	Toute pension alimentaire fixée par une décision judiciaire devenue exécutoire **ou par le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale** dont le recouvrement total ou partiel n'a pu être obtenu par une des voies d'exécution de droit privé peut être recouvrée pour le compte du créancier par les comptables publics compétents.

ARTICLE 28 - Simplifier le bénéfice des aides aux particuliers employeurs pour la garde d'enfants

I. Présentation de la mesure

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

Les personnes ayant recours à un employé à leur domicile pour la garde d'un ou plusieurs enfants bénéficient de différents dispositifs de prises en charge par la sécurité sociale et par l'impôt des frais inhérents à cet emploi :

1. Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) qui comprend une partie relative à la prise en charge partielle ou totale des cotisations sociales dues et une partie relative au versement d'une aide à l'emploi ;
2. La déduction forfaitaire de 2 € par heure de travail effectuée (uniquement pour l'emploi d'un salarié pour la garde à domicile, dans le cadre des exonérations applicables au secteur des services à la personne). Les heures de congés payés ne sont pas éligibles à cette déduction. Cette déduction est cumulable avec le bénéfice du CMG, notamment avec son volet « cotisations ».
3. Subsidiairement, un crédit ou une réduction d'impôt dont bénéficient les particuliers employeurs imposables sur leur éventuel reste à charge (coût du travail minoré des aides et exonérations dont ils bénéficient)[1].

Pour rappel, le CMG est versé, sans condition de ressources, aux familles qui font garder leur enfant de moins de 6 ans par un mode d'accueil individuel (assistant maternel, garde à domicile) ou une micro-crèche. Il peut s'agir soit d'un CMG « emploi direct » en cas d'emploi par le particulier d'une garde à domicile ou d'un assistant maternel, soit d'un CMG « structure »[2]. Spécifiquement, le CMG « emploi direct » consiste en :

1. une aide (dite « CMG cotisations ») calculée en fonction du montant des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne, à hauteur de 100 % de ces cotisations et contributions pour l'emploi d'un assistant maternel, sous réserve que la rémunération de ce dernier soit inférieure à un plafond journalier (5 SMIC horaire par enfant gardé), et de 50 % pour l'emploi d'une garde à domicile dans la limite d'un montant plafond variable selon l'âge de l'enfant (445 € pour au moins un enfant de moins de 3 ans, et la moitié, soit 223 €, pour un ou plusieurs enfant de 3 à 6 ans) ;
2. une prise en charge (dite « CMG rémunération ») de la rémunération nette (salaire et indemnités d'entretien) du salarié pouvant aller jusqu'à 85% de cette rémunération, dans la limite d'un plafond variable selon le revenu fiscal de référence et la composition du foyer, éventuellement majoré dans certaines situations spécifiques (personnes seules, personnes handicapées). En 2016, le montant plafond du CMG « rémunération » au titre de la garde à domicile est de 461 €, 291 € ou 174 € pour la garde d'un enfant de moins de 3 ans ou de la moitié de ces montants pour la garde d'un enfant de plus de 3 ans.

La gestion et le service de la prestation du CMG « emploi direct » sont donc répartis entre deux types d'acteurs : les caisses d'allocations familiales – CAF – ou caisses de mutualité sociale agricole – MSA – d'une part, le centre national Pajemploi d'autre part :

1. Les CAF et caisses MSA sont chargées d'instruire la demande de CMG, de vérifier les conditions d'ouverture du droit, de calculer, d'après les éléments transmis mensuellement par Pajemploi, le montant de CMG et de verser aux familles le CMG « rémunération », correspondant à la part de rémunération prise en charge.
2. Le centre national Pajemploi constitue un dispositif simplifié de déclaration d'emploi et de recouvrement des cotisations et contributions sociales. Il recueille les déclarations sociales, assure le calcul du montant total des cotisations et contributions sociales dues, en y intégrant notamment le montant de cotisations pris en charge au titre du CMG « exonération », délivre mensuellement le bulletin de paie au salarié et un décompte de cotisations à l'employeur. Enfin, Pajemploi transmet aux CAF et caisses MSA les données déclaratives des parents pour que ces organismes puissent calculer le montant de CMG correspondant à la part de rémunération prise en charge.

---

[1] Pour une garde à l'extérieur du domicile (assistant maternel), le montant du crédit d'impôt est égal à 50 % des sommes versées, déduction faite des aides de la CAF ou de l'employeur, dans la limite de 2 300 € par an et par enfant de moins de 6 ans. Pour une garde au domicile des parents, le montant du crédit d'impôt est égal à 50 % des sommes versées, déduction faite des aides de la CAF ou de l'employeur, dans la limite de 12 000 € par an majorée de 1 500 € par enfant à charge.

[2] Lorsque le ménage a recours à une association, à une entreprise ou à une micro-crèche, il n'est pas directement employeur mais a recours à un tiers qui emploie, pour son compte, une personne chargée d'assurer la garde des enfants. Il bénéficie alors d'un CMG « structure » constitué d'une prise en charge globale ne pouvant excéder 85 % du coût de la garde facturé par l'association ou l'entreprise ou la micro-crèche, dans la limite d'un montant plafond, supérieur au plafond du CMG « emploi direct », variable selon les ressources et la composition du foyer, ces structures étant, pour la plupart, éligible à d'autres dispositifs d'exonérations patronales de cotisations sociales, en particulier les allégements généraux.

Par ailleurs, le particulier employeur reste seul responsable du contrat de travail qu'il a conclu avec son salarié et lui verse mensuellement sa rémunération nette.

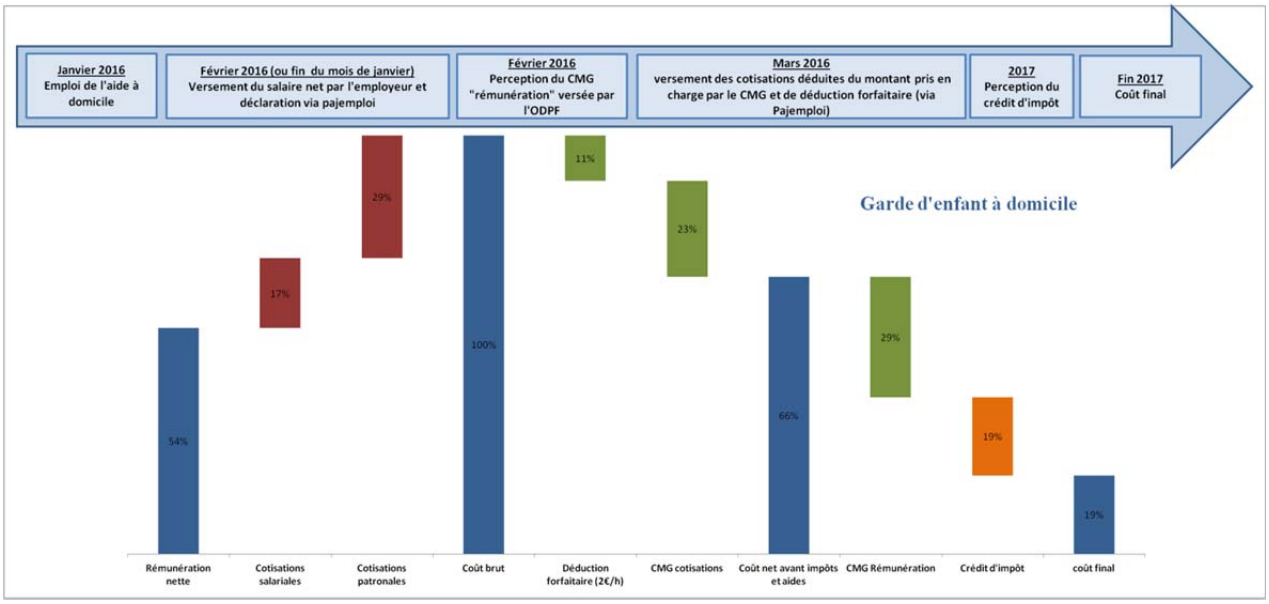
Ce schéma conduit à plusieurs difficultés à la fois en termes de lisibilité des aides finalement attribuées aux intéressés mais également d'efficience des circuits de recouvrement et de versement des prestations.

D'une part, un tel circuit conduit à l'existence de trois flux financiers faisant intervenir plusieurs acteurs. En effet, le particulier employeur opère le versement du salaire et bénéficie des aides sociales selon des échéances distinctes :

1. En premier lieu, le particulier employeur verse le salaire et déclare son salarié sur le site Pajemploi pour pouvoir bénéficier du CMG ;
2. Au cours du mois suivant la déclaration par l'employeur, ce dernier perçoit le CMG « rémunération » versé par la CAF ou la caisse de MSA ;
3. Généralement le mois suivant le versement du CMG rémunération par la CAF ou la caisse MSA, l'employeur bénéficie au moment du paiement des cotisations et contributions sociales de la déduction forfaitaire de 2 € et du CMG « exonération », ces deux opérations étant calculées par Pajemploi. Il reste redevable des cotisations restant dues après application de ces deux aides.

Cette situation est le résultat d'une construction historique qui maintient une étanchéité entre les missions de la branche recouvrement et celles de la branche famille. Même si un dispositif comme le centre national Pajemploi peut être considéré comme ayant globalement contribué à structurer le secteur de la garde d'enfants et à lui donner un cadre social sûr, la faible lisibilité des diverses prises en charge dans le cadre du CMG constitue un frein à une perception juste du coût de l'emploi à domicile par le particulier employeur.

D'autre part, dans le cadre du CMG « emploi direct » garde à domicile, la construction des dispositifs sociaux, notamment s'agissant du calcul des avantages versés, n'apparaît pas totalement cohérente du fait d'une accumulation de dispositifs aujourd'hui inscrits dans des temporalités distinctes et sur des assiettes différentes, reposant soit sur les cotisations dues, soit sur le salaire net versé. Le schéma actuel conduit en effet à exonérer les particuliers employeurs d'une partie des cotisations dues (par la déduction forfaitaire et le CMG « exonération »), sans toutefois saturer le montant de prestation total auquel l'employeur a droit. Il consiste ensuite à verser le reste de l'aide sous forme de CMG « rémunération ». Ainsi, dans la plupart des cas, il reste en pratique des cotisations dues par l'employeur alors même que celui-ci est aidé par ailleurs par un volet CMG « rémunération », qui aurait pu s'imputer sur ces cotisations restant à charge. Ce système en « deux volets » ajoute au manque de lisibilité de l'avantage social car il conduit à afficher, au moment du recouvrement des prélèvements sociaux, un coût du travail pour l'employeur plus élevé que le salaire net versé, alors même qu'en pratique, le niveau de l'aide auquel il a droit aurait permis de neutraliser l'ensemble des cotisations sociales.



Garde à domicile (10 € net par heure, 20 h/semaine, couple avec un enfant de moins de trois ans, RFR inférieur à 20 500 €)

Enfin, la mise en cohérence au sein même de la sphère sociale de l'articulation entre les exonérations et le versement du CMG « emploi direct » doit être mise en perspective avec d'autres réformes qui concerneront les particuliers employeurs. La mise en place du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu en 2018, y compris pour les salariés des particuliers employeurs, renforce encore davantage la nécessité d'une simplification des circuits pris dans leur ensemble.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à réformer le circuit de gestion et de paiement du CMG « emploi direct » dans une logique de simplification des flux entre organismes gestionnaires et d'adaptation de cette prestation au dispositif de prélèvement à la source applicable dès 2018.

Elle se décompose en deux volets :

1. Le premier volet prévoit, à compter de 2018, après prise en compte de la déduction forfaitaire de 2 €, de globaliser le montant total de CMG (part « rémunération » et part « cotisation ») auquel peut prétendre le particulier employeur et d'affecter en priorité ce montant d'aide à la couverture du montant des cotisations et contributions sociales restant à la charge de l'employeur.

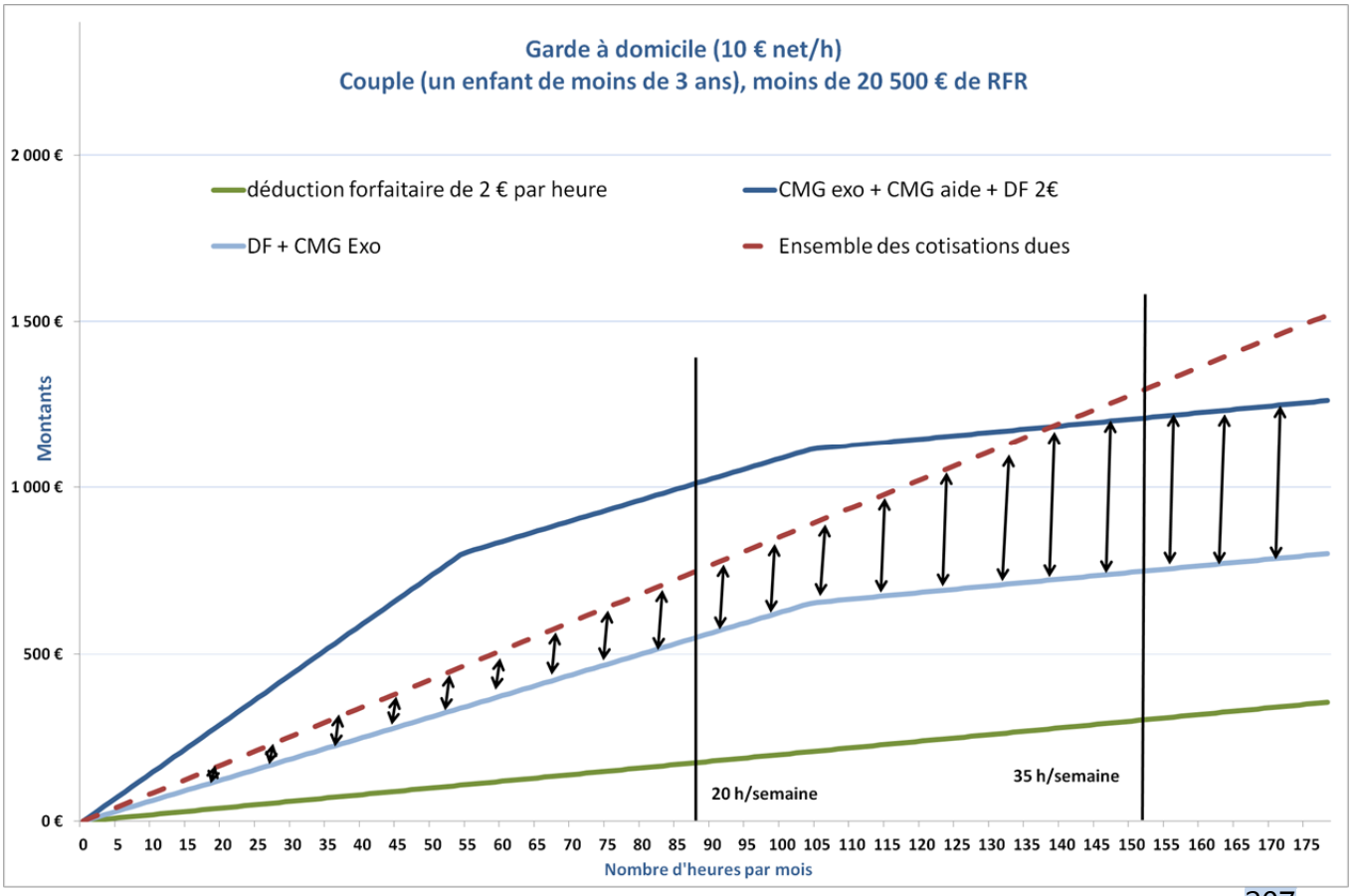
Cette réforme simplifierait les modalités de perception du CMG pour les foyers (plus de 59 000 en 2014) employant une garde à domicile. La prise en charge des cotisations sociales par le CMG ne serait plus limitée à 50 % de leur montant mais la part de CMG, couvrant actuellement la prise en charge partielle de la rémunération, couvrirait également les cotisations sociales restant dues.

Dans le cas où la somme des aides octroyées est inférieure aux cotisations dues, le particulier employeur ne recevra ainsi plus d'aide directe pour la rémunération du salarié. Dans le cas où le montant global de la déduction forfaitaire et du CMG est moins élevé que les cotisations dues, la partie des cotisations sociales restant à la charge des familles fera l'objet d'un règlement complémentaire par celle-ci à titre subsidiaire. Cette mesure ne résoudrait pas par construction totalement l'objectif d'unicité des flux dans les cas où le cumul des aides est supérieur au montant des cotisations dues, étant donné l'aide restant à délivrer sur la partie « rémunération ».

Cette mesure est construite non pas comme une « rebarémisation » du CMG mais comme un changement des modalités d'imputation du montant global de l'aide accordé (dont le niveau resterait inchangé), prioritairement sur les cotisations dues avant de prendre en charge, le cas échéant, une partie de la rémunération. Cette mesure améliorera ainsi la lisibilité des aides versées en évitant des logiques de cascades intégrant à chaque étape des restes à charge. Elle évite en conséquence des avances de trésorerie pour les employeurs, dans la mesure où ce que versera l'employeur se rapprochera de son coût net.

Cette mesure simplifiera pour les familles la compréhension globale des dispositifs d'aide publique en limitant les flux financiers inutiles et les avances de trésorerie, notamment dans le cadre de l'accueil par une garde à domicile. Donnant plus de visibilité aux employeurs, elle vient en soutien de la politique du Gouvernement visant à favoriser le développement de l'emploi déclaré dans ce secteur d'activité et à répondre aux besoins d'emploi des familles.

<u>Légende</u> : la partie hachurée représente la différence entre le montant des cotisations dues pour l'emploi d'une garde à domicile (ici rémunéré 10 € de l'heure) et le montant du CMG « exonération » (ici plafonné à 445 € pour un enfant de



moins de 3 ans à charge et par le reste à charge minimum de 15 % de la rémunération) couplé à la déduction forfaitaire de 2 € par heure. Cette partie représente donc les montants du CMG « aide » pouvant être imputés sur les cotisations. Ainsi, plus la rémunération est élevée, plus le montant du CMG « aide » imputable sur les cotisations est important ; plus le revenu fiscal de référence de l'employeur est élevé ou si les enfants sont âgés de plus de trois ans, moins le montant du CMG aide à imputer sur les cotisations est élevé.

Le bon fonctionnement des dispositifs déclaratifs – et cela deviendra plus important encore dans le cadre du prélèvement à la source – suppose que les parents déclarent via le site Pajemploi.fr leur salarié dans des délais réguliers et au plus près de la fin de la période d'emploi. Or les données fournies par Pajemploi pour l'année 2015 montrent que près de 70 000 volets sociaux sont envoyés tardivement, entre 3 mois et 6 mois après le mois où la garde a été réalisée. C'est pourquoi, dès 2017, et afin d'inciter les parents employeurs à déclarer dans des délais plus brefs leur salarié, il est proposé d'instaurer une date limite pour le retour au centre national Pajemploi des déclarations sociales mensuelles des parents employeurs pour l'emploi d'un assistant maternel ou d'une garde à domicile. Cette limite pourrait être le quinzième jour du mois qui suit la période d'emploi et sera fixée par décret. Plus globalement, il est proposé dans cette mesure de préciser les échéances déclaratives pour les utilisateurs de l'ensemble des titres simplifiés (CESU notamment) afin de rapprocher le plus possible la déclaration sociale de la période d'emploi du salarié et de réduire les retards de déclaration dans le cadre d'offres de services arrivées désormais à maturité et dont le fonctionnement est bien connu de leurs usagers. Ces échéances seront fixées par voie réglementaire. Une information renforcée des déclarants sera mise en œuvre dans le cadre des campagnes de communication conduites à leur attention.

Cette mesure améliorera les droits des assistants maternels et gardes à domicile en leur permettant de recevoir dans des délais courts et réguliers, leurs bulletins de paie. Elle permettra en outre au centre national Pajemploi et aux organismes de sécurité sociale de limiter les coûts de gestion liés aux déclarations tardives des parents employeurs (mise à jour manuelle des droits du salarié par les organismes de sécurité sociale).

2. Le second volet de la mesure consiste à étendre à horizon 2018, les missions du centre national Pajemploi, ainsi que par cohérence celles du centre CESU pour les autres activités de particulier employeur, afin de leur permettre de proposer, à titre optionnel, que le particulier employeur s'acquitte du paiement du salaire auprès de l'employé par l'intermédiaire de ces organismes.

Le recours à titre facultatif à ce nouveau service de versement du salaire par les centres Pajemploi ou CESU permettra, si l'employeur le souhaite, de confier à ces organismes l'intégralité du processus de rémunération et d'octroi de l'ensemble des aides auxquelles l'employeur peut prétendre, du fait de la totale unicité des flux financiers que ce dispositif permet de réaliser.

Dans un tel schéma, les centres Pajemploi et CESU renforceraient leur rôle de facilitateur de leurs démarches auprès des employeurs, en prenant en charge toutes les formalités sociales liées à l'emploi d'un salarié, y compris la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié, tandis que l'employeur ne resterait responsable que de la déclaration.

Cette nouvelle fonction permettra ainsi de résoudre plusieurs difficultés :

- Elle permettra de bénéficier immédiatement de l'intégralité des aides sociales, donnant de la visibilité sur le coût net de l'emploi du salarié et diminuant l'effort financier immédiat du particulier employeur, ce qui constitue un facteur devant favoriser par voie de conséquence la déclaration de ces activités et le recours au centre Pajemploi ;
- La gestion du prélèvement à la source pourra être ainsi entièrement effectuée par les centres Pajemploi et CESU, qui effectueront pour le compte de l'employeur la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié, pour le reverser à l'administration fiscale. Ce dispositif permettra de continuer à garantir une simplification des démarches pour le public des particuliers employeurs.
- Pour les salariés, cette réforme sécurisera leur situation puisque le risque de retard de paiement de leur rémunération sera réduit. En effet la déclaration du particulier employeur nécessaire pour bénéficier des prestations entraînera mécaniquement le versement du salaire. La déclaration de l'employeur à l'organisme devra intervenir dans des délais plus rapprochés pour les employeurs qui optent pour ce nouveau service, étant un préalable au versement du salaire ainsi qu'au prélèvement à la source de l'impôt. Ce délai maximum de déclaration, fixé par décret, pourrait être le cinquième jour du mois suivant la période d'emploi. Le versement du salaire interviendrait dans des délais également rapprochés, devant permettre aux centres de traiter les informations relatives au montant du salaire déclaré et aux aides dont peut bénéficier le particulier employeur, et d'effectuer le prélèvement des sommes restant dues sur le compte de l'employeur. Ce délai ne devrait a priori pas être plus long que celui lié à l'encaissement d'un chèque ou au virement effectif des sommes sur le compte du salarié pour les employeurs qui utilisent le site de leur banque pour payer leur salarié, soit 2 jours ouvrés au plus. Actuellement, l'employeur effectue la déclaration du nombre d'heures réalisé par son salarié sur le site pajemploi.fr – via une démarche simple bien connue, maîtrisée et appréciée par les employeurs – mais doit par ailleurs remettre un chèque à son salarié ou effectuer un virement en ligne pour lui verser son salaire. Grâce au nouveau service, l'acte déclaratif lui permettra d'engager en même temps le processus de paiement de son salarié, qui sera payé de manière sécurisée dans des délais comparables voire plus courts à ceux rencontrés actuellement.

La mesure prévoit également, afin d'asseoir la confiance des utilisateurs dans cette offre de service, une information du salarié dès que la déclaration de l'employeur a été enregistrée par le centre. Cette information pourra être accessible sur

le compte en ligne du salarié ou être transmise au salarié par SMS. En cas de non-déclaration, le salarié pourra se manifester auprès de son employeur pour lui rappeler l'échéance.

Compte tenu des impacts d'un tel schéma sur la relation employeur – salarié, un accord de toutes les parties (employeur, salarié, Pajemploi/Centre CESU) sera nécessaire pour permettre le versement du salaire pour le compte de l'employeur.

b) Autres options possibles

Cette mesure apporte une offre de service renforcée et une meilleure lisibilité dans l'octroi des aides sociales dont bénéficie le particulier employeur, sans modifier l'éligibilité à ces aides sociales ni leur montant. Une option alternative aurait pu consister en un recalibrage des barèmes de ces aides afin d'en clarifier les règles et leur articulation, mais ces éventuels ajustements auraient inévitablement créé des gagnants ou des perdants par rapport aux montants actuellement accordés, ce qui n'est pas l'objectif de cette réforme.

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

La mesure prévoit l'imputation d'aides sociale sur les cotisations et contributions dues ; elle modifie donc les modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et a donc sa place dans la première partie de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (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 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 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 sera codifiée par la modification des articles L.133-5-8, L.531-5 et L.531-8 et la création des articles L. 133-5-12 et L.531-8-1 du code de la sécurité sociale. L'article L. 1271-1 du code du travail est également modifié.

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*
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

Une réduction des créances de cotisations et contributions sociales devrait être rendue possible par la mise en place d'un scénario privilégiant une imputation des aides prioritairement sur le niveau des cotisations et contributions sociales dues. Actuellement, les impayés s'élèvent à 2 M€ de cotisations et contributions sociales. Il peut être estimé que la mesure permettra de réduire de moitié le montant de ces impayés.

Données relatives aux impayés

Année d'activité observée	Nombre de Volets Sociaux	Nombre de comptes employeurs	Montant de cotisations dû
2014	10 173	2 958	1,9 M€
2015	11 558	4 023	2,1 M€

Chiffres, 2016, Pajemploi

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
			+1	+1	+1

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

a) impacts économiques

Cette mesure contribue à limiter les avances de trésorerie aujourd'hui demandées aux particuliers employeurs dans le cadre de l'octroi des aides sociales auxquelles ils sont éligibles. Par la simplification qu'elle engendre, cette mesure permet également de favoriser la déclaration de l'emploi et de lutter contre le travail non déclaré.

b) impacts sociaux

Cette mesure contribue à améliorer le bénéfice des aides issues de l'emploi d'un salarié pour la garde d'enfant et particulièrement pour les 59 075 foyers qui sont bénéficiaires du CMG « emploi direct » au titre de la garde à domicile mais aussi à sécuriser le versement des rémunérations des assistants maternels et des gardes à domicile.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

L'un des effets de la mesure sera de permettre un recours facilité à des solutions de garde d'enfants à domicile, contribuant ainsi à une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, notamment pour les femmes qui assurent *de facto* majoritairement au sein des couples cette prise en charge. Elle devrait aussi encourager le développement de la profession d'assistant maternel et de garde à domicile.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Cette mesure simplifie les démarches administratives à réaliser pour les particuliers employeurs dans la mesure où elle aboutit à ce que la personne n'ait qu'une charge déclarative à réaliser auprès d'un seul interlocuteur.

Elle simplifie également considérablement la retenue à la source de l'impôt sur le revenu des salariés de ces employeurs, en l'intégrant au processus de gestion par les titres simplifiés CESU et Pajemploi.

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

Sur le plan organisationnel, elle implique une meilleure articulation entre les compétences dévolues au centre Pajemploi, ainsi qu'aux centres CESU dans le second volet de la réforme, et les CAF ou les caisses de MSA et nécessitera de mieux structurer les échanges d'informations aujourd'hui déjà existants entre les CAF, caisses de MSA et Pajemploi.

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

Cette mesure devrait représenter un coût de mise en œuvre en termes de ressources humaines et de gestion des systèmes d'information pour les centres Pajemploi et CESU, qui sera géré 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 nécessite de revoir les compétences respectives des centres Pajemploi et CESU ainsi que des CAF ou caisses de MSA, notamment certaines des dispositions présentes dans la section II bis du chapitre III bis du titre III du livre Ier ainsi qu'au chapitre premier du troisième titre du livre 5.

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 pour les rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2018. La mesure relative à l'instauration d'un délai de retour pour les déclarations sociales entre en vigueur dès le 1er janvier 2017.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure fera l'objet d'une information auprès des intéressés via les centres nationaux Pajemploi et CESU ainsi que via les CAF et caisses de MSA.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi des effets favorables de ces mesures sur le recours à l'emploi à domicile, la limitation des avances de trésorerie pour les intéressés et la limitation des impayés sera réalisé ainsi qu'un suivi spécifique du recours au dispositif facultatif permettant le versement du salaire par l'intermédiaire des centres nationaux Pajemploi et CESU.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 133-5-8 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-5-8 modifié du code de la sécurité sociale**
I.- Tout employeur utilisant les dispositifs simplifiés mentionnés à l'article L. 133-5-6 est tenu de procéder par voie dématérialisée à son adhésion, à l'identification du ou des salariés, à la déclaration des rémunérations versées ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi du salarié. L'employeur ayant recours à ces dispositifs et son salarié reçoivent, chacun pour ce qui les concerne, par voie dématérialisée, un décompte des cotisations et contributions, une attestation fiscale et le bulletin de paie mentionné à l'article L. 3243-2 du code du travail ou, à destination des accueillants familiaux mentionnés au 7° de l'article L. 133-5-6 du présent code, le relevé mensuel des contreparties financières définies à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles. La délivrance du bulletin de paie par l'organisme de recouvrement au salarié se substitue à sa remise par l'employeur prévue à l'article L. 3243-2 du code du travail. Les modalités de ces transmissions sont fixées par décret. Par dérogation aux deux précédents alinéas, lorsqu'ils ne sont pas en capacité de procéder à ces déclarations et formalités par voie dématérialisée, les employeurs mentionnés aux 3°, 5° et 6° de l'article L. 133-5-6 et les particuliers mentionnés au 7° du même article L. 133-5-6 peuvent, sur demande auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, y procéder sur des supports papier et recevoir les documents mentionnés au précédent alinéa sur papier également.	I.- Tout employeur utilisant les dispositifs simplifiés mentionnés à l'article L. 133-5-6 est tenu de procéder par voie dématérialisée à son adhésion, à l'identification du ou des salariés, à la déclaration des rémunérations ~~versées~~ dues ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi du salarié. **L'employeur est tenu de procéder à la déclaration des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel le salarié a effectué une activité pour son compte et au plus tard à une date fixée par décret.** L'employeur ayant recours à ces dispositifs et son salarié reçoivent, chacun pour ce qui les concerne, par voie dématérialisée, un décompte des cotisations et contributions, une attestation fiscale et le bulletin de paie mentionné à l'article L. 3243-2 du code du travail ou, à destination des accueillants familiaux mentionnés au 7° de l'article L. 133-5-6 du présent code, le relevé mensuel des contreparties financières définies à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles. La délivrance du bulletin de paie par l'organisme de recouvrement au salarié se substitue à sa remise par l'employeur prévue à l'article L. 3243-2 du code du travail. Les modalités de ces transmissions sont fixées par décret. Par dérogation aux deux précédents alinéas, lorsqu'ils ne sont pas en capacité de procéder à ces déclarations et formalités par voie dématérialisée, les employeurs mentionnés aux 3°, 5° et 6° de l'article L. 133-5-6 et les particuliers mentionnés au 7° du même article L. 133-5-6 peuvent, sur demande auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, y procéder sur des supports papier et recevoir les documents mentionnés au précédent alinéa sur papier également.
	Article L. 133-5-12 nouveau du code de la sécurité sociale
	Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de la communication à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code de l'accord écrit et préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné au 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6 peut procéder au versement des rémunérations dues au titre de l'emploi de ce salarié par voie dématérialisée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10. **Dans ce cas, la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié prévue au 1° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts est effectuée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code dans les conditions prévues au 3 de l'article 1671 du code général des impôts.**

	L'organisme procède au prélèvement des sommes effectivement dues par l'employeur après la transmission de la déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-5-8 et reverse au salarié la rémunération due dans des délais fixés par décret. Le salarié est informé par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de la transmission par son employeur de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-8. **L'employeur qui recourt au dispositif décrit au premier alinéa est réputé satisfaire à l'obligation de paiement du salaire lorsqu'il a mis à disposition de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 la somme correspondante à la rémunération due au salarié.** **Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa tient compte le cas échéant :** **1° Des dispositions prévues aux articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ;** **2° Des sommes que l'employeur décide d'acquitter sur la base des dispositions du 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et l'organisme ou l'établissement habilité mentionné à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant émis le titre spécial de paiement mentionné au B de l'article L. 1271-1 du même code que l'employeur souhaite utiliser prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ;** **3° Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application des dispositions mentionnées à l'article L. 133-8-3;** **4° De toute aide dont dispose l'employeur pour l'emploi de son salarié si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et la personne ayant accordé cette aide prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération.**
Article L. 133-8-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-8-3 modifié du code de la sécurité sociale**
Lorsque l'employeur bénéficie d'une prise en charge des cotisations et contributions sociales en tant que bénéficiaire de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que cette allocation est versée sous forme de chèque emploi-service universel préfinancé, le montant de cette prise en charge est déterminé par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-8 du présent code au vu des éléments déclarés par l'employeur, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de versement des cotisations et contributions correspondantes, directement auprès de cet organisme, par le département qui sert l'allocation pour le compte de l'employeur et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge sont prévues par décret.	Lorsque l'employeur bénéficie d'une prise en charge des cotisations et contributions sociales en tant que bénéficiaire de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que cette allocation est versée sous forme de chèque emploi-service universel préfinancé, le montant de cette prise en charge est déterminé par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article ~~*L. 133-8*~~ **L. 133-5-10** du présent code au vu des éléments déclarés par l'employeur, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de versement des cotisations et contributions correspondantes, directement auprès de cet organisme, par le département qui sert l'allocation pour le compte de l'employeur et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge sont prévues par décret.

Article L. 531-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 531- modifié du code de la sécurité sociale**
I. - Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.	I. - Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article ~~*L. 772-1*~~ **L. 7221-1** du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.
Ce complément comprend :	~~*Ce complément comprend :*~~
a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;	~~*a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;*~~
b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.	~~*b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.*~~
	Ce complément comprend deux parts :
	a) une part calculée, selon les modalités du II, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;
	b) une part calculée, selon les modalités du III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant.
Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle.	Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle.
Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.	Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.
La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :	La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :
-lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;	-lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;
-lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;	-lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles ~~*L. 351-9 et L. 351-10*~~ **L. 5423-1, L. 5423-2 et L. 5423-8** du code du travail ;
-aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat.	-aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat.
II. - Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret.	II. - Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant **mentionné au *a* du I correspond à la totalité** des cotisations et contributions sociales ~~*est pris en charge en totalité*~~, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret.
Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail, une	Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article ~~*L. 772-1*~~ **L. 7221-1** du code du travail, ~~*une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge*~~ **le montant mentionné au *a* du I**

fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.	**correspond à une fraction, fixée par décret, des cotisations et contributions sociales**, dans la limite d'un plafond par ménage **après prise en compte de la déduction prévue au I *bis* de l'article L. 241-10 du présent code**. ~~*Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret.*~~ **Le plafond mentionné au présent alinéa est fixé par décret.** ~~*Le plafond*~~ **Il** est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.
III. - L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail. Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code. IV. - Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite. V. - Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.	III. - L'aide **mentionnée au *b* du I** ~~*versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants*~~ est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail. Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code. IV. - Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite. V. - Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.
Article L. 531-8 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 531-8 modifié du code de la sécurité sociale**
Les caisses versent le montant mentionné au a du I de l'article L. 531-5 à un organisme de recouvrement de sécurité sociale désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. L'employeur est dispensé du versement des cotisations et contributions sociales à hauteur de ce montant sous réserve de se conformer aux modalités de déclaration fixées par décret. Dans ce cas, les cotisations et contributions sociales demeurant à sa charge donnent lieu à prélèvement automatique au cours du mois suivant la réception des formulaires de déclaration. L'organisme mentionné au premier alinéa est habilité à poursuivre le recouvrement par voie contentieuse des sommes restant dues, pour le compte de l'ensemble des régimes concernés sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.	~~*Les caisses versent le montant mentionné au a du I de l'article L. 531-5 à un organisme de recouvrement de sécurité sociale désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.*~~ ~~*L'employeur est dispensé du versement des cotisations et contributions sociales à hauteur de ce montant sous réserve de se conformer aux modalités de déclaration fixées par décret. Dans ce cas, les cotisations et contributions sociales demeurant à sa charge donnent lieu à prélèvement automatique au cours du mois suivant la réception des formulaires de déclaration. L'organisme mentionné au premier alinéa est habilité à poursuivre le recouvrement par voie contentieuse des sommes restant dues, pour le compte de l'ensemble des régimes concernés sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.*~~

Les mentions figurant dans le formulaire de déclaration sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.	~~*Les mentions figurant dans le formulaire de déclaration sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.*~~ **Les employeurs qui bénéficient du complément mentionné à l'article L. 531-5 sont tenus d'adhérer au dispositif simplifié prévu pour les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 133-5-6.** **Les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant, nettes de la déduction prévue au I *bis* de l'article L. 241-10 lorsqu'elle est applicable, du montant mentionné au *a* du I de l'article L. 531-5 et, le cas échéant, du montant mentionné au *b* du I du même article dans la limite des cotisations et contributions restantes, donnent lieu à un prélèvement automatique par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.** **Les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole versent à l'employeur le montant du complément mentionné au *b* du I de l'article L. 531-5 restant dû après imputation, en application de l'alinéa précédent, sur les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui garde l'enfant.** **Pour la mise en œuvre des missions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas, les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole informent l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de l'éligibilité des employeurs au complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 et lui transmettent les informations nécessaires à l'établissement du montant du *b* du I mentionné à l'article L. 531-5. L'organisme transmet aux caisses d'allocations familiales et aux caisses de mutualité sociale agricole les informations déclarées par les employeurs ainsi que les montants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 531-8 et à l'article L. 531-8-1.**
	Article L. 531-8-1 nouveau du code de la sécurité sociale
	~~***Dans le cas mentionné à l'article L. 133-5-12, et***~~ **sans préjudice du montant des rémunérations effectivement versées au salarié par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, le prélèvement mentionné au troisième alinéa de l'article L. 133-5-12 est minoré à hauteur du montant du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'avant dernier alinéa de l'article L. 531-8.**
Article L. 1271-1 actuel du code du travail	**Article L. 1271-1 modifié du code du travail**
(…) B.-Le titre spécial de paiement permet d'acquitter tout ou partie du montant : 1° De la rémunération des salariés occupant des emplois entrant dans le champ des services à la personne mentionnés à l'article L. 7231-1, des assistants maternels	(…) B.-Le titre spécial de paiement permet d'acquitter tout ou partie du montant : 1° De la rémunération **et des cotisations et contributions sociales afférentes pour les** salariés occupant des emplois entrant dans le champ des services

agréés en application de l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ; (…)	à la personne mentionnés à l'article L. 7231-1, des assistants maternels agréés en application de l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ; ~~(…)~~

ARTICLE 30 – Extension de la retraite progressive aux salariés ayant plusieurs employeurs

I. Présentation de la mesure

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

La retraite progressive permet à un salarié de cumuler une fraction de sa pension de vieillesse avec une activité à temps partiel, et de continuer à améliorer ses droits à retraite futurs lorsqu'il décidera de cesser définitivement son activité. C'est un mécanisme financièrement favorable aux assurés, qui permet une transition progressive vers la retraite.

Le dispositif est ouvert aux assurés relevant du régime général, du régime agricole (salariés et non salariés) ou du régime social des indépendants. La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a assoupli ce dispositif en abaissant notamment la condition d'âge à partir duquel les assurés peuvent en bénéficier et en simplifiant le barème liant le temps de travail de l'assuré et la fraction de pension de retraite servie. Cette évolution a contribué à améliorer sensiblement le recours à ce mécanisme : près de 3900 nouveaux assurés en ont bénéficié en 2015, contre 1500 l'année précédente, dont une très large majorité avant 62 ans. Plus de 8500 assurés sont aujourd'hui en retraite progressive, contre moins de 3000 avant la réforme.

Aujourd'hui, pour bénéficier d'une retraite progressive, l'assuré doit avoir atteint 60 ans, justifier d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes de 150 trimestres et exercer une seule activité à temps partiel, comprise entre 40 % et 80 %.

En l'état actuel du droit, l'activité professionnelle exercée doit l'être à titre exclusif. De ce fait, les pluriactifs ne sont donc pas éligibles à ce dispositif.

Par conséquent, l'extension de l'accès à la retraite progressive aux pluriactifs permettrait d'assurer l'égalité de traitement, à niveau d'activité comparable, entre salariés relavant d'un ou de plusieurs employeurs.

L'obligation d'exercice d'une seule activité à temps partiel pour bénéficier d'une retraite progressive ayant été définie par la loi, l'intervention du législateur est nécessaire pour permettre aux salariés à employeurs multiples d'en bénéficier.

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

a) Mesure proposée

La mesure conduit à ouvrir la retraite progressive aux salariés à employeurs multiples à compter du 1er juillet 2017.

Il s'agit d'une mesure assurant l'égalité de traitement entre ces salariés, parfois exposés à la précarité et à des conditions pénibles, et les autres.

Ainsi, ces assurés bénéficieront de la retraite progressive dans les mêmes conditions et avec les mêmes bornes de temps partiel (entre 40 % et 80 %) que les bénéficiaires actuels : la quotité de travail sera appréhendée globalement pour l'ensemble des activités exercées concomitamment par l'assuré.

L'extension de la retraite progressive aux pluriactifs permettra de répondre favorablement à une demande exprimée par certaines catégories de population qui exercent, par nature, des activités à temps réduit chez plusieurs employeurs, telles que les assistantes maternelles ou les employés de services à la personne. Cette extension de la retraite progressive aux pluriactifs induit une certaine complexité de gestion, qui justifie une entrée en vigueur différée au 1er juillet de l'année suivant son adoption.

b) Autres options possibles

Compte tenu de la variété des situations constatées, il aurait pu être envisagé de n'étendre la retraite progressive qu'à certaines catégories d'assurés à employeurs multiples (par exemple, uniquement les assistantes maternelles ou tous les salariés des particuliers employeurs). Toutefois, une telle limitation aurait engendré une inégalité de traitement et un problème d'équité entre les salariés pluriactifs à temps partiel. Elle ne peut donc être justifiée et l'approche générale s'impose.

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

Cette mesure ayant un impact financier permanent pour la branche vieillesse de la sécurité sociale, elle trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en application du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, 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 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 les articles L. 351-15 et L. 351-16 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure ne donne pas lieu à 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 applicable par renvoi*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Mesure directement applicable*
Saint Pierre et Miquelon	*Mesure applicable par renvoi*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier est apprécié en partant d'une estimation, à partir des données disponibles en 2012, d'une proportion de 29% de salariés cotisants de 60 ans et plus ayant plusieurs employeurs. Ce taux constitue un majorant des salariés éligibles à la retraite progressive, car cette population a probablement plus de risques que la moyenne de ne pas

remplir la condition nécessaire de durée minimale d'assurance – 150 trimestres – pour bénéficier de la retraite progressive, du fait de la précarité de ses conditions d'emploi.

Le recours à la retraite progressive est en nette progression depuis la réforme de 2014. Le taux de recours appliqué aux salariés à employeurs multiples est celui estimé pour l'ensemble des bénéficiaires de la retraite progressive à terme soit, compte tenu de la montée en charge actuelle de ce dispositif, 1,5 %.

Aussi le nombre de personnes susceptibles de demander chaque année une retraite progressive au bénéfice de cette mesure serait-il, à terme, de plus de trois mille par an. Sur les premières années de montée en charge de la mesure, la moitié des bénéficiaires pourrait demander une retraite progressive, compte tenu du temps d'appropriation de ce nouveau droit.

En l'absence de données spécifiques à ce stade, le coût de la retraite progressive pour les salariés à employeurs multiples est présumé être celui constaté pour l'ensemble de la population. Il correspond au montant de la fraction de pension versée aux intéressés (fonction de leur niveau de pension et de la quotité de travail) pendant, en moyenne, deux ans. Le coût réel pour cette seule population pourrait être moins élevé, compte tenu des niveaux de retraite de ces salariés, possiblement plus faibles au regard de leur carrière (davantage marquée par le temps partiel et le chômage) et leurs rémunérations.

Toutefois, cette estimation ne prend pas en compte l'effet des nouveaux droits procurés par la retraite progressive aux bénéficiaires sur leurs pensions une fois leurs droits totalement liquidés.

Aussi, le coût de la mesure est-il estimé à 2 M€ la première année (entrée en vigueur prévue à mi-année), 10 M€ la deuxième année (les assurés bénéficient de la retraite progressive pendant deux ans en moyenne) et 16 M€ les années suivantes. Il s'agit très probablement d'un majorant, du fait des éléments indiqués à la fois sur la pension moyenne et sur la population cible.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Ensemble des régimes impactés par la mesure	-	- 2	-10	- 16	- 16

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'extension de la retraite progressive pourrait contribuer à améliorer le taux d'emploi des travailleurs âgés (seniors). Même si la mesure peut être considérée comme de portée modeste et limitée à une population réduite, elle favorisera un accroissement mesuré de l'emploi des seniors dans des secteurs souvent sous tension (emploi à domicile par exemple).

b) impacts sociaux

Parmi les pluriactifs, la mesure concernerait l'ensemble des assurés ayant plusieurs employeurs et, notamment, les assistantes maternelles et les salariés du secteur des services à la personne.

- ***impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes***

La mesure peut avoir un impact positif sur le taux d'emploi des femmes âgées, dans la mesure où elle bénéficiera à certaines professions dans lesquelles les salariées sont fortement représentées.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

La retraite progressive peut particulièrement faciliter la transition entre emploi et retraite pour les personnes en situation de handicap, y compris en facilitant leur maintien dans l'emploi.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Les démarches des assurés ne sont pas significativement impactées dans la mesure où ils doivent déjà fournir à leur caisse leur contrat de travail à temps partiel. Ils devront dorénavant fournir tous leurs contrats de travail mais, en contrepartie, ils n'auront plus à transmettre une déclaration sur l'honneur attestant qu'ils n'exercent plus aucune autre activité professionnelle.

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

La possibilité d'obtenir une retraite progressive pour les salariés à employeurs multiples entraînera une modification du système d'information. La spécificité du calcul de la retraite progressive pour ces situations (contrats de travail à durée conventionnelle différente, particularité des contrats des assistantes maternelles et des particuliers employeurs notamment) augmentera le temps d'instruction des dossiers.

En outre, les modalités de contrôle des déclarations des assurés devront évoluer dans un souci d'optimisation. En particulier, la vérification de la déclaration de l'exhaustivité des employeurs pourrait s'opérer au moyen d'un contrôle de cohérence entre les déclarations des assurés et des employeurs dans le cadre du recouvrement des cotisations 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 déjà alloués aux caisses de sécurité sociale.

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

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

Les dispositions législatives feront l'objet d'un décret en Conseil d'état pour :

- supprimer les références à l'obligation de ne conserver qu'un seul employeur ;

- définir le taux de retraite progressive à servir en cas d'employeurs multiples.

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'agrégation de quotités de travail dans des secteurs relevant de durées conventionnelles différentes qui devra être définie et le développement des modalités de contrôle des déclarations des assurés justifient une mise en œuvre différée de la mesure.

Le décret d'application de la mesure précisera cette date d'entrée en vigueur, qu'il est prévu de fixer au 1er juillet 2017.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses d'assurance vieillesse compétentes assureront l'information et le conseil des assurés dans le cadre de la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions.

d) Suivi de la mise en œuvre

La CNAVTS fournit des données chiffrées relatives à la retraite progressive. Ce suivi sera poursuivi aux fins d'observer l'impact de cette mesure en terme de nombre de bénéficiaires et en identifiant la population concernée par la présente mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 351-15 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 351-15 modifié du code de la sécurité sociale**
L'assuré qui exerce une activité à temps partiel au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail peut demander la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci à condition : 1° D'avoir atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 diminué de deux années, sans pouvoir être inférieur à soixante ans ; 2° De justifier d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes fixées par décret en Conseil d'Etat. Cette demande entraîne la liquidation provisoire et le service de la même fraction de pension dans le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime social des indépendants, le régime des professions libérales et le régime des non-salariés agricoles. La fraction de pension qui est servie varie dans des conditions fixées par voie réglementaire en fonction de la durée du travail à temps partiel ; en cas de modification de son temps de travail, l'assuré peut obtenir la modification de cette fraction de pension au terme d'un délai déterminé. L'assuré est informé des conditions d'application de l'article L. 241-3-1.	L'assuré qui exerce une activité à temps partiel au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail peut demander la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci à condition : 1° D'avoir atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 diminué de deux années, sans pouvoir être inférieur à soixante ans ; 2° De justifier d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes fixées par décret en Conseil d'Etat. Cette demande entraîne la liquidation provisoire et le service de la même fraction de pension dans le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime social des indépendants, le régime des professions libérales et le régime des non-salariés agricoles. La fraction de pension qui est servie varie dans des conditions fixées par voie réglementaire en fonction de la durée du travail à temps partiel ; en cas de modification de son temps de travail, l'assuré peut obtenir la modification de cette fraction de pension au terme d'un délai déterminé. L'assuré est informé des conditions d'application de l'article L. 241-3-1. **Les dispositions du présent article sont applicables aux salariés exerçant plusieurs activités à temps partiel dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.**
Article L. 351-16 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 351-16 modifié du code de la sécurité sociale**
Le service de la fraction de pension est remplacé par le service de la pension complète, à la demande de l'assuré, lorsque celui-ci cesse totalement son activité et qu'il en remplit les conditions d'attribution. Il est suspendu lorsque l'assuré reprend une activité à temps complet ou exerce une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension. Le service d'une fraction d'une pension ne peut pas à nouveau être demandé après la cessation de l'activité à temps partiel lorsque l'assuré a demandé le service de sa pension complète, la reprise d'une activité à temps complet ou l'exercice d'une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension. La pension complète est liquidée compte tenu du montant de la pension initiale et de la durée d'assurance accomplie depuis son entrée en jouissance, dans des conditions fixées par décret.	Le service de la fraction de pension est remplacé par le service de la pension complète, à la demande de l'assuré, lorsque celui-ci cesse totalement son activité et qu'il en remplit les conditions d'attribution. Il est suspendu lorsque l'assuré reprend une activité à temps complet ~~*ou exerce une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension.*~~ Le service d'une fraction d'une pension ne peut pas à nouveau être demandé après la cessation de l'activité à temps partiel lorsque l'assuré a demandé le service de sa pension complète**, ou** la reprise d'une activité à temps complet ~~*ou l'exercice d'une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension.*~~ La pension complète est liquidée compte tenu du montant de la pension initiale et de la durée d'assurance accomplie depuis son entrée en jouissance, dans des conditions fixées par décret.

ARTICLE 31 – Sécurisation de la prise en compte des périodes d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social dans les pensions de retraite versées par la CNRACL

I. Présentation de la mesure

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

a) L'application du dispositif de validation de services de non titulaire aux périodes d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social repose sur des délibérations successives du conseil d'administration de la CNRACL

- Le dispositif de validation des services de non titulaire

Le dispositif de validation de services de non titulaires prévu à l'article 8 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 permet aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers ayant travaillé comme contractuels de droit public avant leur titularisation de demander la prise en compte, dans le calcul de leur pension CNRACL, des services effectués comme non titulaire[1]. Ces assurés et les employeurs auprès desquels les services ont été effectués doivent payer des cotisations calculées à la date de la demande de validation, déduction faite des sommes versées, au titre de ces services, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et à l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC).

La demande de validation doit être adressée dans les deux années qui suivent la date de la titularisation pour les fonctionnaires occupant un emploi à temps complet et dans les deux années suivant l'affiliation à la CNRACL pour les fonctionnaires occupant un emploi à temps non complet[2], cette affiliation devant être intervenue au plus tard le 1er janvier 2015.

L'article 3 du décret n° 2010-1740 du 30 décembre 2010 a fermé le dispositif de validation de services de non titulaires pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers titularisés postérieurement au 1er janvier 2013. Le droit à validation est donc définitivement éteint depuis le 2 janvier 2015 pour les fonctionnaires occupant un emploi à temps complet et le sera, au plus tard, le 2 janvier 2017 pour les fonctionnaires à temps non complet dont l'emploi est inférieur à 28 heures hebdomadaires[3].

- L'application du dispositif de validation des services de non titulaires aux périodes d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social

Le premier décret régissant la réglementation de la CNRACL (décret du 5 octobre 1949) prévoyait la validation obligatoire des années de stage, ceux-ci ne donnant pas lieu à cotisation à la CNRACL. C'est sur ce fondement que le conseil d'administration de la Caisse avait admis, par une délibération du 23 janvier 1950, la validation des années d'études accomplies par les infirmières dans une école d'un établissement public du département dans lequel elles ont été titularisées, au motif que ces années d'études étaient assimilables à des services de stage.

Cette validation est subordonnée au versement, dans les conditions présentées ci-dessus, de cotisations par le fonctionnaire et par l'employeur ayant procédé à la titularisation de l'agent.

Une délibération du 31 mars 2004 a aménagé le dispositif : depuis le 1er janvier 2004, les années d'études peuvent être validées dès lors que les agents répondent à la condition d'avoir obtenu le diplôme d'Etat d'infirmier, de sage-femme ou d'assistant social, et d'avoir été titularisés par la suite, indépendamment du département où les études ont été accomplies.

---

[1] Pour mémoire, un dispositif identique est prévu pour les fonctionnaires de l'Etat à l'article L. 5 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

[2] Un fonctionnaire à temps non complet est affilié à la CNRACL dès lors qu'il occupe un emploi d'une durée d'au moins 28 heures hebdomadaires (seuil d'affiliation fixé par une délibération du conseil d'administration de la CNRACL du 3 octobre 2001). En revanche, un fonctionnaire à temps partiel sur un emploi à temps complet est soumis à la procédure de droit commun (la demande doit être présentée dans les deux ans qui suivent la titularisation).

[3] Le délai de validation supplémentaire prévu par le décret du 26 décembre 2003 pour les fonctionnaires occupant un emploi à temps non complet ne s'applique pas à la fonction publique hospitalière. Faute de publication du décret d'application de l'article 107 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, la possibilité, pour les établissements, de recruter des fonctionnaires sur des emplois à temps non complet est de fait interdite (ces emplois ne peuvent être occupés que par des agents contractuels).

A l'instar des services de non titulaire, la validation des années d'études doit être demandée dans les deux années suivant la titularisation (ou le 31 décembre 2008 au plus tard pour les agents titularisés avant 2004) et n'est plus ouverte aux fonctionnaires titularisés après le 1er janvier 2013 : le droit à validation est donc définitivement éteint depuis le 2 janvier 2015 (à l'exception des fonctionnaires occupant un emploi à temps non complet comme précisé *supra*).

b) La validation des périodes d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social a été fragilisée suite à une action d'un employeur

Saisi par un employeur hospitalier d'un recours visant à éviter le paiement des cotisations résultant de la validation, le Conseil d'Etat a jugé, dans sa décision du 12 février 2016, que la délibération du 31 mars 2004 par laquelle le conseil d'administration de la CNRACL applique aux périodes d'études d'infirmiers, de sage-femme et d'assistant social les dispositions réglementaires relatives à la validation des services de non titulaire était dépourvue de base légale, au motif que la caisse n'était pas compétente pour prendre cette délibération. Il en a écarté l'application et a donc considéré que la caisse n'était pas fondée à demander aux employeurs le paiement de cotisations au titre de ces périodes. Cette décision ne remet donc pas en cause le fond du dispositif mais seulement la légalité externe de l'acte pris pour assurer sa mise en œuvre.

Le décret n° 2016-1101 du 11 août 2016 a tiré les conséquences de cette décision en donnant la base légale nécessaire au traitement des demandes de prise en compte des années d'études dont la validation n'a pas encore été notifiée au fonctionnaire au plus tard à la date de publication du décret (soit un stock de 47 000 dossiers selon les dernières estimations de la caisse, concernant très majoritairement des demandes de validation de fonctionnaires hospitaliers). Ce texte rappelle que cette validation nécessite le versement de cotisations par les fonctionnaires et leurs employeurs au titre de la prise en compte de ces années d'études dans les droits à retraite.

Toutefois, pour les années d'études dont la validation a déjà été notifiée au fonctionnaire (c'est-à-dire celles notifiées jusqu'au jour de publication du décret n° 2016-1101 du 11 août 2016), la décision du Conseil d'Etat fragilise la prise en compte de ces périodes d'études dans la constitution des droits à pension des intéressés. La présente mesure vise à sécuriser les droits à retraite des intéressés.

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

a) Mesure proposée

La présente mesure sécurise juridiquement le dispositif de validation des périodes d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social dont la validation a été notifiée au fonctionnaire par la CNRACL jusqu'au 13 août 2016 (date de publication du décret n° 2016-1101 du 11 août 2016).

L'article proposé complète ainsi le dispositif réglementaire en sécurisant les demandes de validation des périodes d'études déjà notifiées ainsi que les avis de mise en recouvrement des retenues et contributions afférentes à ces périodes.

Cette mesure s'applique à une population « fermée » (estimée à 15 000 personnes). Elle a pour objet de garantir, pour les fonctionnaires concernés, la prise en compte de ces périodes d'études dans leurs droits à pension et à assurer à la CNRACL les cotisations dues en contrepartie (estimées à 225 M€). Elle vise donc à traiter de la même manière l'ensemble des salariés et des employeurs. Cette mesure vient ainsi compléter la mesure adoptée, pour dossiers non encore notifiés, par le décret précité : elle vise à créer un cadre unique applicable à l'ensemble de la population concernée s'agissant d'un dispositif en voie d'extinction.

Elle poursuit un motif impérieux d'intérêt général :

- elle permet d'éviter le risque d'un abondant contentieux et de multiples réclamations dont serait saisie la caisse par un effet d'aubaine, lié à une imperfection du cadre normatif que constitue le vice de compétence révélé par la décision du Conseil d'Etat du 12 février 2016. La remise en cause des sommes déjà versées pourrait atteindre près de 225 millions d'euros pour la CNRACL et porterait donc une atteinte grave à l'objectif de valeur constitutionnelle d'équilibre financier des régimes de sécurité sociale ;

- elle permet de garantir à 15.000 assurés que leurs droits à retraite ne seront pas remis en cause, s'agissant d'un dispositif mis en œuvre sans interruption depuis 1950 en faveur des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers pour tenir compte de la spécificité du cursus et du recrutement de ces professions. Ce dispositif traduit l'assimilation pratique, depuis l'origine, des périodes d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social à des services effectifs. En effet, si ces personnels ne sont pas statutairement en « services » lors de leurs études (contrairement aux fonctionnaires stagiaires), ils participent dans les faits directement à l'exercice de missions de service public lors de leur période de stage. La mesure tend ainsi à garantir des droits à retraite que les fonctionnaires concernés peuvent légitimement escompter et qui peuvent être regardés comme des biens au sens de la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme, compte tenu d'une pratique constante et ancienne de la caisse ;

- elle contribue à l'égalité entre les ressortissants du régime de la CNRACL en confirmant les droits des assurés qui ne pouvaient par bénéficier de la sécurisation permise par le décret du 11 août 2016.

b) Autres options possibles

Cette mesure ayant pour objet de s'appliquer à des décisions prises déjà notifiées, elle ne peut relever que du niveau législatif, compte tenu de son effet rétroactif.

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

Cette mesure trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale 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.

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.

Il convient de rappeler que 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 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, d'application limitée dans le temps, 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	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

La mesure permet de traiter de manière harmonisée les différentes situations, de simplifier la gestion des dossiers et de sécuriser les ressources de la CNRACL. Elle garantit notamment le bénéfice des cotisations payées, en cours de paiement ou mises en recouvrement, selon les cas, par les employeurs pour les validations notifiées aux agents au plus tard au 13 août 2016 (date de publication du décret n° 2016-1101 du 11 août 2016). Sur la base de près de 100 000 dossiers ayant donné lieu à facturation depuis 3 ans, dont 15 % contenaient des études d'infirmier, ces moindres ressources sont estimées par la CNRACL, compte tenu des règles de prescription applicables au régime, à 225 M€, qui pourraient s'échelonner sur plusieurs années, si l'ensemble des employeurs formaient des recours.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
CNRACL	Cette mesure permet de garantir un montant de ressources au maximum de 225 M€ (si l'ensemble des employeurs contestait le montant des cotisations versées, depuis le 1er janvier 2013)				

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

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

a) impacts économiques

La mesure sécurise les droits des assurés en garantissant la prise en compte de leurs périodes d'études dans leurs droits à pension. Elle n'a pas d'impact financier sur ces derniers dès lors que les cotisations rétroactives à leur charge ont déjà été mises en recouvrement.

S'agissant des employeurs, la mesure est également sans impact financier dès lors que les cotisations rétroactives à leur charge ont déjà été mises en recouvrement et que leur principe est intégré historiquement dans leur construction budgétaire.

b) impacts sociaux

La mesure sécurise les droits des assurés en garantissant la prise en compte de leurs périodes d'études dans leurs droits à pension.

- ***impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes***

Cette mesure sécurise les droits à retraite de catégories d'agents parmi lesquelles les femmes sont particulièrement représentées.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

L'article législatif n'entraîne aucune charge administrative nouvelle pour les agents et les employeurs concernés dès lors que les périodes d'études dont la mesure assure la sécurisation juridique ont déjà fait l'objet d'une instruction et d'une notification de validation par CNRACL.

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

L'article législatif n'entraîne aucune charge de gestion nouvelle pour la CNRACL, dès lors que les périodes d'études dont la mesure assure la sécurisation juridique ont déjà fait l'objet d'une instruction et d'une notification de validation par CNRACL et que les cotisations afférentes à ces périodes ont déjà été mises en recouvrement.

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

Comme indiqué plus haut, la mesure est sans impact en termes d'ETP et de crédits affectés, en l'absence de nouvelle charge administrative ou 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.

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

Il n'existe pas de dispositif particulier de suivi. Cette mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficience.

ARTICLE 32 - Suppression de la clause de stage dans le régime de retraite de base des avocats Présentation de la mesure

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

Au titre de la suppression de la « règle des 15 ans » (clause de stage) du régime de base

La pension de retraite de base des avocats est calculée par rapport à deux montants de référence, selon la durée de cotisations dans le régime. Ainsi :

- pour les avocats remplissant les critères d'obtention du taux plein, la pension de base est égale à un montant forfaitaire, déterminé par l'assemblée générale de la CNBF, égal à 16 531 € en 2016 ;
- pour les avocats ne remplissant pas ces conditions mais ayant cotisé au moins 60 trimestres (soit 15 années) à la CNBF, la pension est égale à une proportion du montant de référence précédemment mentionné tenant compte de la durée de cotisation ;
- pour les avocats ayant cotisé moins de 15 ans à la CNBF, la pension est égale à une fraction de une l'allocation aux vieux travailleurs salariés[1], égale à 3 383 € en 2016.

Il existe donc une forte disparité entre les avocats ayant cotisé plus ou moins de 15 années (ou 60 trimestres), ce qui peut se traduire par d'importants effets de seuil. Si cette disposition trouvait initialement sa justification dans le fait que le régime, principalement financé par des droits de plaidoirie, se devait d'inciter aux carrières longues elle n'est plus adaptée à la situation actuelle du régime dès lors que le financement du régime est assuré à la fois par une cotisation forfaitaire de 1 510 € par an et par une cotisation proportionnelle de 3%. Elle n'est pas davantage adaptée à l'évolution de la profession, qui voit un essor important des carrières courtes.

Cette règle des 15 ans, fixée à l'article L. 723-11 du code de la sécurité sociale, prévoit qu'à défaut d'une durée minimale d'assurance, fixée par voie réglementaire (article R. 723-37), le montant de la pension est égal à une fraction de l'AVTS déterminée à raison de la durée effective d'assurance.

Au titre de l'élargissement de l'assurance vieillesse volontaire aux anciens avocats

La faculté de s'assurer volontairement pour les risques invalidité et vieillesse est ouverte aux personnes qui, ayant été affiliées obligatoirement pendant une durée déterminée, cessent de remplir les conditions de l'assurance obligatoire. Cette possibilité est également ouverte aux ayants droit. L'adhésion à un régime d'assurance volontaire vieillesse permet ainsi aux assurés de bénéficier d'une pension à taux plein et donc de se prémunir des conséquences d'une interruption brutale dans l'acquisition de droits à la retraite.

L'article 32 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a élargi le bénéfice de l'AVV aux avocats résidant hors du territoire français, ainsi qu'aux anciens conjoints collaborateurs d'avocats. Toutefois, à la différence des autres professionnels libéraux, les anciens avocats résidant sur le territoire français qui ne peuvent en raison de leur âge prétendre aux prestations vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle leur permettant d'être assujettis à un régime de sécurité sociale ne peuvent prétendre à l'assurance volontaire vieillesse.

Il existe donc une différence de traitement non justifiée entre les anciens avocats et les anciens conjoints collaborateurs ou non-résidents, à laquelle il convient de mettre fin.

La liste des personnes pouvant bénéficier du dispositif d'assurance vieillesse volontaire des travailleurs non salariés étant fixée par l'article L. 742-6, sa modification nécessite l'intervention du législateur.

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

a) Mesure proposée

Au titre de la suppression de la « règle des 15 ans » (clause de stage) du régime de base

La mesure vise à supprimer le mode de calcul dérogatoire applicable lorsque la durée d'assurance est inférieure à un seuil, afin que ne soit utilisé qu'un seul montant de référence, à savoir le montant fixé annuellement par l'assemblée générale de la caisse.

[1] L'AVTS constitue l'une des prestations servies au titre du minimum vieillesse, dont le flux des attributions s'est éteint après la création en 2004 de l'allocation de solidarité des personnes âgées, ASPA.

Au titre de l'élargissement de l'assurance vieillesse volontaire aux anciens avocats

La mesure vise à harmoniser l'éligibilité au dispositif d'assurance vieillesse volontaire entre les anciens avocats, les anciens conjoints collaborateurs, et les anciens avocats résidant à l'étranger.

b) Autres options possibles

Pour les deux sujets évoqués, la seule autre possibilité 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 mesure prend place dans la loi de financement au titre de son impact sur l'équilibre financier du régime de retraite de base des avocats, en application du 2° du B (pour ce qui concerne l'affiliation volontaire) ainsi que du 2° du C (pour ce qui concerne la suppression de la clause de stage) 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 sont 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 sont 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.

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie l'article L. 742-6 du code de la sécurité sociale qui fixe la liste des personnes pouvant bénéficier du dispositif d'assurance vieillesse volontaire des travailleurs non salariés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure abroge l'article L. 723-11 du code de la sécurité sociale qui prévoit qu'à défaut d'une durée minimale d'assurance, fixée par voie réglementaire, le montant de la pension est calculé en fraction de l'AVTS au prorata de la durée effective d'assurance.

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	*Non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Selon les hypothèses économiques utilisées par le régime pour ses projections, la réforme entraînerait un coût annuel supplémentaire de 0,6 M€ dès 2017, et de 0,2 M€ annuels pour chaque année ultérieure. À horizon 2030, l'impact serait de 2 M€.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Régime de base CNBF (impact annuel cumulé)	-	- 0,6	- 0,8	- 1,0	- 1,2

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

La suppression de la référence à l'AVTS permettra d'augmenter la pension versée par le régime de base des avocats aux assurés ayant cotisé moins de 60 trimestres dans ce régime. Par exemple, la pension de base d'un avocat ayant cotisé 5 ans à la CNBF (20 trimestres) passerait de 1 127 € à 1 922 € par an.

Par ailleurs, au même titre que les autres professions libérales, les anciens avocats pourront cotiser volontairement auprès de la CNBF pour éviter une interruption brutale dans l'acquisition de leurs droits à la retraite.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

L'augmentation des pensions consécutive à la suppression de la référence à l'AVTS profitera plus particulièrement aux femmes, qui affichent une durée moyenne de maintien dans la profession plus faible que les hommes : ainsi fin 2014, 32,3% des femmes ayant prêté serment d'avocat en 2000 avaient cessé leur activité avant le terme des 15 ans, contre seulement 19,8% des hommes.

- ***impact sur les jeunes***

La mesure est plus particulièrement favorable aux jeunes entrant dans la profession. En effet, il convient de relever que, d'une part, la population des avocats est particulièrement jeune, puisque 62,1% d'entre eux justifient de moins de 16 ans d'activité au 31 décembre 2014, et que, d'autre part, plus d'un quart (27,2%) des avocats ayant prêté serment en 2000 avaient cessé leur activité avant le terme des 15 ans.

Par ailleurs, la mesure profitera à l'ensemble des personnes n'ayant pas encore liquidé leur pension de retraite base et ayant cotisé moins de 60 trimestres dans le régime de retraite de base des avocats.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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 CNBF devra faire évoluer sont système d'information afin de prendre en compte la nouvelle règle de calcul des pensions découlant de la suppression de la référence à l'AVTS.

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'État devra procéder à la mise en cohérence de l'article R. 723-37 du code de la sécurité sociale, qui fait référence aux dispositions de l'article L. 723-11.

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 appliquée par la CNBF au moment des nouvelles liquidations de pensions, donc pour les pensions prenant effet à compter du 1er janvier 2017.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La CNBF garantira l'information des assurés concernés dès l'entrée en vigueur de la mesure. Elle a déjà largement communiqué à ses adhérents sur le vote du conseil d'administration relatif à la suppression de la clause de stage.

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. 723-11 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 723-11 modifié du code de la sécurité sociale**
Les assurés ne justifiant pas d'une durée d'assurance déterminée ont droit à une fraction de l'allocation aux vieux travailleurs salariés mentionnée au chapitre Ier du titre Ier du livre VIII en fonction de cette durée.	~~*Les assurés ne justifiant pas d'une durée d'assurance déterminée ont droit à une fraction de l'allocation aux vieux travailleurs salariés mentionnée au chapitre Ier du titre Ier du livre VIII en fonction de cette durée.*~~
Article L. 742-6 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 742-6 modifié du code de la sécurité sociale**
Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés : 1°) les personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, exerçant une des activités professionnelles énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 ou L. 723-1 et résidant hors du territoire français. Les modalités d'application de cette disposition sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation ; 2°) les personnes qui, ayant exercé en dernier lieu une des activités énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 et ne pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale ; 3°) les personnes qui ont exercé une profession artisanale ou une profession industrielle ou commerciale au sens des articles L. 622-3 et L. 622-4 et qui cessent d'exercer directement cette activité en raison de la mise en location-gérance de leur fonds dont elles conservent la propriété ; 4°) les personnes ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui participent à l'exercice d'une activité professionnelle non-salariée non-agricole mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 ; 5°) Les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce qui, ayant été affiliés en dernier lieu et à titre obligatoire au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales, en application de l'article L. 622-8 du présent code, soit au régime d'assurance vieillesse des avocats, en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-1, cessent de remplir les conditions de l'affiliation obligatoire, ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale. Les modalités d'application du présent 5°, notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation, sont déterminées par décret.	Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés : 1°) les personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, exerçant une des activités professionnelles énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 ou L. 723-1 et résidant hors du territoire français. Les modalités d'application de cette disposition sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation ; 2°) les personnes qui, ayant exercé en dernier lieu une des activités énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 **ou L. 723-1** et ne pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale ; 3°) les personnes qui ont exercé une profession artisanale ou une profession industrielle ou commerciale au sens des articles L. 622-3 et L. 622-4 et qui cessent d'exercer directement cette activité en raison de la mise en location-gérance de leur fonds dont elles conservent la propriété ; 4°) les personnes ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui participent à l'exercice d'une activité professionnelle non-salariée non-agricole mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 ; 5°) Les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce qui, ayant été affiliés en dernier lieu et à titre obligatoire au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales, en application de l'article L. 622-8 du présent code, soit au régime d'assurance vieillesse des avocats, en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-1, cessent de remplir les conditions de l'affiliation obligatoire, ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale. Les modalités d'application du présent 5°, notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation, sont déterminées par décret.

ARTICLE 33 - Amélioration et simplification de la couverture vieillesse des indépendants

I. Présentation de la mesure

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

a) Concernant les régimes de retraite des artisans et commerçants

L'assurance vieillesse de base des assurés du RSI est prise en charge par deux régimes distincts juridiquement : le régime de retraite de base des professions artisanales d'une part, le régime des professions industrielles et commerciales d'autre part.

Alors que les règles applicables dans ces deux régimes ont convergé en 1973 sur celles du régime général et que les assurés concernés bénéficient par ailleurs depuis 2013 d'un régime de retraite complémentaire unique, la coexistence de ces deux régimes de base est aujourd'hui source de complexité pour les caisses de retraite. Elle constitue un obstacle à l'achèvement de la fusion des régimes des artisans et commerçants.

La coexistence de deux régimes de retraite distincts, appliquant des règles qui sont aujourd'hui alignées sur celles du régime général en matière de retraite, alors même que les assurés concernés bénéficient par ailleurs d'un régime complémentaire unique, n'est plus adaptée.

b) Concernant la couverture sociale des professions libérales non réglementées

Le maintien d'une segmentation juridique en matière de sécurité sociale entre professions artisanales, professions industrielles et commerciales et certaines professions de services, qui relèvent aujourd'hui du régime des professions libérales, apparaît complexe et inadapté aux évolutions de ces métiers. Il existe en effet aujourd'hui un large continuum entre l'ensemble de ces activités. Cette approche n'apparait plus adaptée. Elle conduit à des différences de cotisations et de droits retraite marqués pour des activités très proches suivant que les personnes sont affiliées au RSI pour l'ensemble des risques, ou, du fait de leur activité, relèvent également de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérale (CIPAV) pour les risques retraite et invalidité-décès.

Elle génère des différences de niveaux de couverture sociale, en cotisations comme en prestations, pour des activités proches suivant que les personnes sont affiliées exclusivement au RSI ou, du fait de leur activité, également à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérale (CIPAV) :

- le niveau des droits à retraite (base et complémentaire confondus) est globalement inférieur pour les professions relevant de la CIPAV à ce qu'il est, pour un même niveau de revenu, pour les artisans et commerçants au RSI.
- les professions libérales ne bénéficient pas d'une couverture des indemnités journalières maladie.

Au vu des évolutions de la population relevant actuellement de la CIPAV, il semble souhaitable de leur offrir la possibilité de relever le niveau de la couverture sociale dont elles bénéficient. Cette segmentation est source d'illisibilité pour l'assuré et de forte complexité pour les organismes s'agissant de la frontière entre ces différents périmètres. Cela oblige en effet à devoir édicter une doctrine particulièrement fouillée propre à cette matière et à consacrer des moyens de gestion importants pour classer l'ensemble des activités alors même que cette distinction, comme indiqué, est stérile ou artificielle. Du fait des règles actuelles, le régime d'affiliation est fréquemment incertain et peu lisible pour les entrepreneurs assurés. Un changement d'activité d'importance limitée peut se traduire par un changement de régime, avec les effets potentiellement pénalisants que cela implique pour la pension dès lors que les droits sont ouverts dans un régime non aligné. Cette dynamique a été particulièrement renforcée par le mouvement massif de création d'entreprises suite à la mise en place du régime social simplifié (auto entrepreneur puis micro-entrepreneur) qui a déstabilisé les organismes et en particulier la CIPAV.

Il est donc proposé de constituer de manière progressive un régime unique, pour l'ensemble des risques sociaux, ouvert à l'ensemble des entrepreneurs (s'agissant des professionnels qui relèvent aujourd'hui de la CIPAV, sur leur demande dans le cadre d'intervention respectif des régimes fixé par décret) : la retraite et l'invalidité (avec une couverture plus élevée), ainsi que la maladie, avec le bénéfice des indemnités journalières. Cette mesure concernera les nouveaux créateurs de ces professions ainsi que ceux qui ont déjà créé une activité qui souhaitent également être gérés dans ce nouveau cadre.

La distinction des deux branches de retraite de base du RSI et des « groupes professionnels » dans lesquels sont classés les travailleurs indépendants ayant été définie par la loi, l'intervention du législateur est nécessaire pour finaliser la création d'un régime unique.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise tout d'abord à fusionner les deux régimes de retraite de base préexistants des artisans et commerçants en un régime unique et commun aux deux populations.

A compter du 1er janvier 2018 au plus tard, les actuels assurés, qu'ils soient artisans ou commerçants, cotisants et nouveaux retraités, du RSI seront pris en charge par un régime unique.

Cette mesure est une mesure de simplification pour les caisses, qui auront des actes de gestion et un suivi comptable unifiés.

La conduite des chantiers nécessaires à l'achèvement de cette fusion rend opportun d'en prévoir une entrée en vigueur progressive même si une partie importante des chantiers conditionnant cette fusion a déjà été engagée dans le cadre de la préparation de la mise en œuvre de la liquidation unique, en particulier l'unification des données de carrière des assurés, laquelle a été rendue nécessaire par la perspective de la consolidation des carrières et des droits des assurés à l'échelle de l'ensemble des régimes alignés.

Une fois la fusion des régimes de base des artisans et commerçants achevée, l'ensemble du risque vieillesse du RSI sera pris en charge par des régimes uniques (base et complémentaire).

Il est par ailleurs proposé, plus globalement, de constituer, de manière progressive et, s'agissant des professionnels , qui relèvent aujourd'hui de la CIPAV, sur leur demande, dans le cadre fixé par décret qui définira les champs respectifs d'intervention de la CIPAV et du RSI, un régime unique des entrepreneurs, couvrant les risques vieillesse, invalidité et décès et géré par le régime social des indépendants (qui assure déjà la gestion pour la maladie de ces professionnels), ce qui constituera une source de simplification majeure pour les affiliés actuels de la CIPAV relevant des professions qui souhaiteront exercer ce droit d'option et dont la protection sociale sera en conséquence gérée par un seul organisme au lieu de deux. Cela accroîtra la couverture sociale de ces professions, qui bénéficieront d'indemnités journalières en cas de maladie, et d'un niveau de retraites amélioré.

Compte tenu de sa nature, la réforme donnera lieu à des concertations avec les représentants des intéressés, les organismes de gestion et leurs conseils d'administration, sur son champ. Ses modalités d'application (transition, conditions financières) seront également suivies et élaborées en lien avec les deux organismes gestionnaires. Ainsi, les professions relevant actuellement de la CIPAV auront la possibilité, lors de cette phase de concertation, de formuler leur préférence pour un maintien à la CIPAV (stabilité des droits et des taux de prélèvements) ou exprimer leur choix d'une gestion unique par le RSI sur le modèle de la protection offerte actuellement aux travailleurs indépendants de l'industrie, du commerce et de l'artisanat (ce qui conduira à une évolution du prélèvement et une protection sociale renforcée).

Sera revue à ce titre la frontière entre les travailleurs indépendants relevant du RSI et ceux qui continueront à relever au sein de la CNAVPL de la CIPAV. Un décret précisera les professions entrant dans la catégorie des professions libérales demeurant affiliées à la CIPAV (et plus globalement, relevant du champ de la CNAVPL).

Cette mesure entrera en vigueur selon le calendrier progressif suivant :

- La bascule des nouveaux travailleurs indépendants micro-entrepreneurs ou non micro-entrepreneurs ne relevant pas du champ des professions au sens du décret précité, et ce à une date intervenant respectivement au plus tard le 1er janvier 2018 ou le 1er janvier 2019 ; ces dates précises de bascule seront déterminées par voie de décret afin de permettre le partage des métiers évoqués *supra* et de garantir que ces opérations interviendront dans les conditions de fiabilité nécessaires et dans la garantie de la qualité du service offert aux usagers ;
- L'ouverture d'un droit d'option pour le stock des actuelles professions relevant de la CIPAV, micro-entrepreneurs comme de droit commun, et ne relevant pas du champ des professions au sens du décret précité, à compter de la date à laquelle le RSI sera ouvert sur ce champ au nouveaux affiliés (date fixée par décret au plus tard le 1er janvier 2019, cf. ci-dessus) et jusqu'au 31 décembre 2023.

Les professionnels qui auront fait valoir ce droit d'option verront l'ensemble de leur pension liquidée par le RSI au titre de cette activité non salariée. Les points acquis dans les régimes de base et complémentaire des professions libérales seront transférés au RSI selon des modalités adaptées pour la retraite de base et la retraite complémentaire.

Afin de faciliter la transition, pourra être prévue, après avis du conseil d'administration de la caisse nationale du RSI, la fixation de taux inférieurs au titre du régime complémentaire obligatoire afin d'assurer une neutralisation des effets d'une telle mesure en termes de prélèvements pour le flux comme pour le stock de professionnels libéraux amenés à relever, en application de la présente mesure, du RSI, et ce pour une durée maximale de huit ans. Cette diminution du niveau de prélèvement entraînera de fait l'acquisition de moindres droits à retraite pendant la période de transition. Elle constituerait donc une disposition transitoire afin d'accompagner les professionnels concernés dans le changement de réglementation applicable.

Enfin, ces mêmes travailleurs indépendants bénéficieront dans ce cadre d'une protection sociale élargie à l'ouverture de droits à indemnités journalières, comme l'ensemble des actuels affiliés du RSI.

Cette réforme ne constitue donc pas une remise en cause de l'organisation duale de la protection sociale des non salariés non agricoles : elle vise à proposer un choix aux intéressés, eu égard à leurs modes particuliers d'exercices professionnels, d'opter pour une protection sociale historiquement rattachée aux professions libérales réglementées ou, alternativement, à la protection sociale ouverte aux autres travailleurs indépendants non agricoles. Ce choix se fera tout d'abord à un niveau collectif : l'expression des représentants des différentes professions sera prise en compte pour déterminer le champ redéfini des régimes. Il s'opérera ensuite à un niveau individuel, puisque, pour les professions qui changeraient de régime, les entrepreneurs actuels pourront exercer un droit d'option entre leur régime actuel et le nouveau régime de rattachement de leur profession.

Le changement de régime d'affiliation des intéressés ne modifiera en rien leur caractère de profession libérale sous l'angle du droit commercial ou fiscal. Il n'aura notamment pas d'effet sur le dénombrement des professions libérales prises en compte pour les mesures de représentativité des organisations ou en ce qui concerne l'acquittement des contributions au titre de la formation professionnelle. Cette évolution n'a pour objet que de clarifier les droits à protection sociale auxquels les intéressés peuvent prétendre.

Afin de mesurer les effets démographiques, financiers et de gestion de cette évolution, un dispositif spécifique de suivi sera mis en œuvre et donnera lieu à un rapport d'évaluation. Ce rapport sera réalisé au plus tard dans un délai de cinq ans. Il permettra par la suite aux organismes de déterminer les conditions de neutralisation financière de l'opération par voie de convention entre régimes. A défaut de convention, la neutralisation financière sera assurée par un décret en conseil d'Etat.

b) Autres options possibles

Alors que les règles applicables dans ces deux régimes ont convergé en 1973 sur le régime général et que les assurés concernés bénéficient par ailleurs depuis 2013 d'un régime de retraite complémentaire unique, le maintien de la coexistence de deux régimes de retraite de base distincts aurait conservé la complexité actuelle, à la fois pour les assurés, en particulier ceux ayant eu des carrières multiples, mais également pour les caisses de retraite.

S'agissant du droit d'option, une autre possibilité aurait consisté à conserver les droits antérieurs au régime de la CIPAV, les assurés percevant alors une pension servie par deux caisses différentes.

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

La mesure conduira à un accroissement progressif des charges et des produits du RSI et un mouvement inverse au sein de la CNAVPL et de la CIPAV, ayant à ce titre un effet sur les recettes de l'année ou des années ultérieures de ces régimes, relevant à ce titre des dispositions du 2° du B du IV de l'article LO. 111-3.

La mesure constitue également une modification des règles d'affiliation à la sécurité sociale, et par voie de conséquence des modalités d'assiette, de taux et de recouvrement des cotisations et contributions sociales affectés au régime obligatoire de base, et relève à ce titre des dispositions du 3° du B du IV de l'article LO. 111-3.

La mesure modifie, enfin, les dispositions comptables applicables au RSI, qui n'aura plus à procéder à la tenue de comptabilités distinctes entre artisans et commerçants et relève à ce titre des dispositions du 4° du B du IV de l'article LO. 111-3.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, 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 et le conseil d'administration de la CNAVPL s'est prononcé, de manière favorable, sur cette mesure.

III. Aspects juridiques

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

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

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 s'appliquant spécifiquement à ce sujet. La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Modification de l'ensemble des articles fondant ou renvoyant aux régimes de retraite de base des artisans et commerçants, notamment les articles L. 611-2, L. 135-2, L ; 634-2-1, L. 634-2, L. 634-3-1, L. 634-3-2 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Mesure directement applicable*
Mayotte	*Mesure non applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint 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 devrait entraîner une hausse progressive du total des cotisations et des prestations à mesure qu'un nombre croissant d'entrepreneurs seront rattachés à des régimes offrant une meilleure couverture.

Elle induira aussi, bien que cet objectif soit second aux préoccupations de qualité de service et de lisibilité pour l'assuré de manière progressive des économies de gestion liées au regroupement de la protection sociale d'une population nouvelle, au sein d'un même organisme et non plus de manière séparée selon les risques maladie d'une part et vieillesse et invalidité-décès d'autre part.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
		-	-	-	-

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

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

a) impacts économiques

Cette mesure n'aura presque pas d'impact sur le niveau de prélèvement pour les micro-entrepreneurs dans la mesure où le taux de cotisation unique resta identique pour ces personnes, qu'ils optent ou non pour un rattachement au RSI. Elle améliorera en revanche leurs droits à prestations. Les taux applicables au sein du RSI aux professions libérales nouvellement affiliés à ce régime seront ajustés afin de ne pas impacter le niveau global de leurs cotisations (sous réserve des effets inhérents à l'application de taux intégralement proportionnels pour la retraite complémentaire au RSI alors qu'ils sont aujourd'hui définis par tranches à la CIPAV).

La mesure n'a pas d'impact pour les actuels retraités de la CIPAV. Les futures liquidations de droits tiendront compte de l'ensemble des périodes cotisées en neutralisant les effets, pour ceux qui optent, de bascule vers le RSI.

b) impacts sociaux

Cette mesure simplifie les démarches et des conditions de prise en charge des assurés du RSI ainsi que des professionnels libéraux qui basculeront dans un système qui assurera une gestion unifiée de leur protection sociale.

- ***Impact sur les jeunes***

Pas d'impact ciblé, mais simplification des démarches et des conditions de prise en charge des jeunes assurés du RSI

- ***Impact sur les personnes en situation de handicap***

Pas d'impact ciblé, mais simplification des démarches et des conditions de prise en charge des assurés du RSI en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Cette mesure conduit à la simplification des démarches et des conditions de prise en charge des assurés du RSI.

Elle est totalement sans impact pour les artisans et commerçants car les derniers impacts pratiques de la distinction juridique entre les régimes seront supprimés par la LURA.

S'agissant des cotisations, la mesure concernant la reprise de la gestion de la protection sociale de professionnels libéraux par le RSI est sans impact pour les micro-entrepreneurs puisqu'ils cotisent déjà auprès d'un guichet unique géré par les Urssaf.

S'agissant également des cotisations, pour les autres créateurs d'entreprise, la mesure se traduira par une simplification supplémentaire par rapport à ce qui est déjà prévu par les dispositions de la LFSS pour 2016 : alors que jusqu'ici ils font aujourd'hui face à 3 interlocuteurs pour le paiement de leurs cotisations, ils n'en auront que 2 à compter de 2018 et un seul à compter de 2019.

Toutes les professions reprises en gestion par le RSI (créateurs ou entrepreneurs actuels exerçant un droit d'option) bénéficieront en outre, pour leurs prestations, d'un guichet unique et de prestations sociales plus élevées.

Les professions concernées rejoindront en outre le dispositif de « liquidation unique des retraites alignés » (LURA) via leur affiliation au RSI.

La mesure n'a aucun impact sur les actuels retraités.

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

Cette mesure conduit à la simplification de la gestion pour les caisses de sécurité sociale (affiliation, gestion du risque vieillesse, suivi comptable du régime, etc.)

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

La mesure s'inscrit dans le cadre des moyens déjà alloués aux caisses de sécurité sociale, mais contribuera à simplifier la gestion du risque vieillesse.

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.

Décrets d'application publiés avant le 1er janvier 2019

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 information des assurés et cotisants sera déployée en amont de la fusion des deux régimes préexistants

d) Suivi de la mise en œuvre

Un rapport sur la mise en œuvre de la réforme et ses conséquences démographiques et financières sur les régimes sera établi avant la fin de la période d'option ouverte pour les assurés actuellement affiliés à la CIPAV et souhaitant rejoindre le RSI. Il permettra d'évaluer notamment les transferts financiers complémentaires à prévoir entre les deux régimes au vu des charges futures de ces régimes et des cotisations acquittées jusque là auprès d'eux par les différentes catégories d'assurés.

Article L. 131-6-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 131-6-3 modifié du code de la sécurité sociale**
Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus, pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, au deuxième alinéa des articles L. 612-13 et L. 633-10, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 635-1 et au dernier alinéa de l'article L. 635-5 et, pour les professions libérales, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2 ne sont pas applicables, sous certaines conditions déterminées par décret, aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues par les personnes mentionnées à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 842-1 du présent code. "	Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus, pour les ~~*professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ **personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1,** au deuxième alinéa des articles L. 612-13 et L. 633-10, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 635-1 et au dernier alinéa de l'article L. 635-5 et, pour les professions libérales, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2 ne sont pas applicables, sous certaines conditions déterminées par décret, aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues par les personnes mentionnées à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 842-1 du présent code. "
Article L. 133-6-6 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-6-6 modifié du code de la sécurité sociale**
Il est créé auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants un Fonds national d'action sociale destiné à financer des actions pour venir en aide aux travailleurs indépendants appartenant aux groupes professionnels mentionnés aux 1°,2° et 3° de l'article L. 621-3, éprouvant des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales dues auprès de ce régime. Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de représentants du conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5 et désignés en son sein. Un décret en Conseil d'Etat fixe le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.	Il est créé auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants un Fonds national d'action sociale destiné à financer des actions pour venir en aide aux travailleurs indépendants ~~*appartenant aux groupes professionnels mentionnés aux 1°,2° et 3° de l'article L. 621-3,*~~ éprouvant des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales dues auprès de ce régime. Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de représentants du conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5 et désignés en son sein. Un décret en Conseil d'Etat fixe le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.
Article L. 133-6-8 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-6-8 modifié du code de la sécurité 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	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.	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 et 102 ter*~~ **des taux d'abattement mentionnés au II,** 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.
Les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts peuvent demander que leurs cotisations ne soient pas inférieures au montant minimal de cotisations de sécurité sociale fixé :	Les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts peuvent demander que leurs cotisations ne soient pas inférieures au montant minimal de cotisations de sécurité sociale fixé :
1° Pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, en application du deuxième alinéa des articles 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*~~ **travailleurs indépendants qui relèvent de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants** en application du deuxième alinéa des articles 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 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*~~ **travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1**, en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, des articles L. 644-1 et L. 644-2.
Cette demande est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle pour laquelle le régime prévu au présent article doit être appliqué ou, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de cette création. Elle s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions.	Cette demande est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle pour laquelle le régime prévu au présent article doit être appliqué ou, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de cette création. Elle s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions.
Les cotisations et contributions sociales des personnes qui ont effectué la demande mentionnée au deuxième alinéa du présent article sont calculées et recouvrées selon les dispositions prévues aux articles L. 131-6-1 et L. 131-6-2.	Les cotisations et contributions sociales des personnes qui ont effectué la demande mentionnée au deuxième alinéa du présent article sont calculées et recouvrées selon les dispositions prévues aux articles L. 131-6-1 et L. 131-6-2.
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.	II.-Le présent article s'applique aux travailleurs indépendants relevant **de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants** ~~*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.
	Les prestations attribuées aux personnes mentionnées au présent article sont calculées sur la base de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes après application, pour les travailleurs indépendants relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants, d'un taux d'abattement de 71 % lorsqu'ils appartiennent à la première catégorie mentionnée au 1 de l'article 50-0 du code général des impôts et de 50 % dans le cas contraire, et pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1, d'un taux d'abattement de 34 %.

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.	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.
Article L. 134-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 134-3 modifié du code de la sécurité sociale**
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° Des risques 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.	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*~~ **De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 611-2 ;** 2° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ; 3° Des risques 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.
Article L. 135-6 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 135-6 modifié du code de la sécurité sociale**
Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif, dénommé " Fonds de réserve pour les retraites ", placé sous la tutelle de l'Etat. I.-Ce fonds a pour mission principale de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à contribuer à la pérennité des régimes de retraite. Les réserves sont constituées au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 ainsi que du fonds mentionné à l'article L. 135-1. Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'au 1er janvier 2011. A compter de cette date et jusqu'en 2024, le fonds verse chaque année, au plus tard le 31 octobre, 2,1 milliards d'euros à la Caisse d'amortissement de la dette sociale afin de participer au	Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif, dénommé " Fonds de réserve pour les retraites ", placé sous la tutelle de l'Etat. I.- Ce fonds a pour mission principale de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à contribuer à la pérennité des régimes de retraite. Les réserves sont constituées au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et ~~*aux 1° et 2° de l'article L. 621-3*~~ **au 2° de l'article L. 611-2** ainsi que du fonds mentionné à l'article L. 135-1. Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'au 1er janvier 2011. A compter de cette date et jusqu'en 2024, le fonds verse chaque année, au plus tard le 31 octobre, 2,1 milliards d'euros à la Caisse d'amortissement de la dette sociale afin de participer au

financement des déficits, au titre des exercices 2011 à 2018, des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Le calendrier et les modalités de ces versements sont fixés par convention entre les deux établissements. II.-Les réserves qui excèdent la couverture des engagements mentionnés au dernier alinéa du I peuvent être affectées par la loi de financement de la sécurité sociale au financement, le cas échéant, de la correction de déséquilibres financiers conjoncturels des régimes de retraite ou du fonds mentionné au deuxième alinéa du même I, notamment ceux identifiés dans les conditions prévues à l'article L. 114-4. III.-Le Fonds de réserve pour les retraites assure également la gestion financière d'une partie de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en application du 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières. Les conditions et les résultats de la gestion de cette partie de la contribution sont retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds. Cette partie de la contribution et ses produits financiers, nets des frais engagés par le fonds, sont rétrocédés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à compter de 2020, dans des conditions fixées par convention entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et le Fonds de réserve pour les retraites.	financement des déficits, au titre des exercices 2011 à 2018, des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Le calendrier et les modalités de ces versements sont fixés par convention entre les deux établissements. II.-Les réserves qui excèdent la couverture des engagements mentionnés au dernier alinéa du I peuvent être affectées par la loi de financement de la sécurité sociale au financement, le cas échéant, de la correction de déséquilibres financiers conjoncturels des régimes de retraite ou du fonds mentionné au deuxième alinéa du même I, notamment ceux identifiés dans les conditions prévues à l'article L. 114-4. III.-Le Fonds de réserve pour les retraites assure également la gestion financière d'une partie de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en application du 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières. Les conditions et les résultats de la gestion de cette partie de la contribution sont retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds. Cette partie de la contribution et ses produits financiers, nets des frais engagés par le fonds, sont rétrocédés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à compter de 2020, dans des conditions fixées par convention entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et le Fonds de réserve pour les retraites.
Article L. 611-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 611-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Le régime social des indépendants couvre : 1° Au titre de l'assurance maladie et maternité les personnes mentionnées à l'article L. 613-1 ; 2° Au titre de l'assurance vieillesse, de l'invalidité-décès et de l'assurance vieillesse complémentaire obligatoire les personnes appartenant aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales mentionnées à l'article L. 621-3.	Le régime social des indépendants couvre : 1° Au titre de l'assurance maladie et maternité les personnes mentionnées à l'article L. 613-1 ; 2° Au titre de l'assurance vieillesse, de l'invalidité-décès et de l'assurance vieillesse complémentaire obligatoire ~~*les personnes appartenant aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales mentionnées l'article L. 621-3*~~ **les personnes mentionnées au 1° à l'exception de celles qui sont affiliées aux régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1.**
Article L. 611-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 611-2 modifié du code de la sécurité sociale**
I. - Le régime social des indépendants comprend trois branches : 1° Assurance maladie et maternité ; 2° Assurances vieillesse des professions artisanales ; 3° Assurances vieillesse des professions industrielles et commerciales. Il gère en outre les régimes complémentaires obligatoires mentionnés aux articles L. 613-20, L. 635-1 et L. 635-5.	I. - Le régime social des indépendants comprend ~~*trois*~~ **deux** branches : 1° Assurance maladie et maternité ; **2° Assurances vieillesse.** ~~*2° Assurances vieillesse des professions artisanales ;*~~ ~~*3° Assurances vieillesse des professions industrielles et commerciales.*~~ Il gère en outre les régimes complémentaires obligatoires

	mentionnés aux articles L. 613-20, L. 635-1 et L. 635-5.
Article L. 611-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 611-5 modifié du code de la sécurité sociale**
La Caisse nationale est administrée par un conseil d'administration composé des représentants des caisses de base élus par leur conseil d'administration. Les dispositions des articles L. 224-10 et L. 281-5 lui sont applicables. Le conseil peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à un ou plusieurs groupes de professions mentionnées à l'article L. 611-1. L'Etat est représenté auprès du conseil d'administration par des commissaires du Gouvernement.	La Caisse nationale est administrée par un conseil d'administration composé des représentants des caisses de base élus par leur conseil d'administration. Les dispositions des articles L. 224-10 et L. 281-5 lui sont applicables. Le conseil peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à ~~*un ou plusieurs groupes de professions mentionnées à l'article L. 611-1*~~ **une ou plusieurs catégories de professions.** L'Etat est représenté auprès du conseil d'administration par des commissaires du Gouvernement.
Article L. 611-12 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 611-12 modifié du code de la sécurité sociale**
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 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 cotisants du groupe des professions libérales et les retraités de l'assurance vieillesse des professions libérales bénéficiaires des prestations maladie au régime social des indépendants. 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 cotisants au titre de leur activité professionnelle et les retraités de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants 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 cotisants du groupe des professions libérales et les retraités de l'assurance vieillesse des professions libérales bénéficiaires des prestations maladie au régime social des indépendants.*~~ **Lorsque les caisses sont propres à certaines catégories professionnelles, les cotisants et retraités mentionnés au premier alinéa sont respectivement ceux appartenant ou ayant appartenu à ces catégories.** 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 L. 613-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 613-1 modifié du code de la sécurité sociale**
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 : a. le groupe des professions artisanales ; b. le groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débitants de tabacs ; c. le groupe des professions libérales, y compris les avocats ; 2° et 3° (abrogés)	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 :*~~ ~~*a. le groupe des professions artisanales ;*~~ ~~*b. le groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débitants de tabacs ;*~~ ~~*c. le groupe des professions libérales, y compris les avocats ;*~~ **1° les travailleurs indépendants y compris ceux qui relèvent de la caisse nationale des barreaux français mentionnée à l'article L. 723-1 du présent code, qui ne sont pas affiliés au régime mentionné au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime ;** **2° les débitants de tabac ;** **3° les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'Etat ou d'une autorisation d'exercer, organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en œuvre de leur activité ;**
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 ; 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 ; 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.	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 ; 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 ; 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 L. 613-9 actuel du code de la sécurité	**Article L. 613-9 modifié du code de la sécurité**

sociale	sociale
Les prestations servies par le régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles comportent des prestations de base communes à l'ensemble des groupes professionnels mentionnés au 1° de l'article L. 613-1, et, éventuellement, des prestations supplémentaires propres à un ou plusieurs de ces groupes.	Les prestations servies par le régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles comportent des prestations de ~~*base communes à l'ensemble des groupes professionnels mentionnés au 1° de l'article L. 613-1,*~~ et, éventuellement, des prestations supplémentaires ~~*propres à un ou plusieurs de ces groupes.*~~
Article L. 613-20 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 613-20 modifié du code de la sécurité sociale**
Les prestations supplémentaires sont instituées, modifiées ou supprimées par décret pris sur proposition faite, à la majorité des membres élus d'une ou plusieurs sections professionnelles du conseil d'administration de la Caisse nationale. Les prestations supplémentaires peuvent être communes à plusieurs groupes professionnels si les sections professionnelles représentant ces groupes et statuant à la majorité ci-dessus définie, en font la demande. Dans ce cas, l'équilibre financier est assuré dans le cadre de l'ensemble des groupes intéressés. Les prestations supplémentaires sont choisies parmi les catégories de prestations figurant au 1° de l'article L. 160-8 ou consistent soit en l'octroi, dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3 et au 2° de l'article L. 431-1, soit en une réduction de la participation de l'assuré aux tarifs servant au calcul du remboursement des prestations de base, sans que cette participation puisse être inférieure à celle prévue à l'article L. 160-13. Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article. L'article L. 323-7 lui est également applicable. La charge des prestations supplémentaires est couverte par des cotisations supplémentaires, dans les conditions précisées à l'article L. 612-13.	Les prestations supplémentaires sont instituées, modifiées ou supprimées par décret pris sur proposition faite~~*, à la majorité des membres élus d'une ou plusieurs sections professionnelles du*~~ **par le** conseil d'administration de la Caisse nationale. ~~*Les prestations supplémentaires peuvent être communes à plusieurs groupes professionnels si les sections professionnelles représentant ces groupes et statuant à la majorité ci-dessus définie, en font la demande.*~~ **Les prestations supplémentaires peuvent également être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour certaines catégories professionnelles sur proposition du conseil d'administration de la caisse nationale se réunissant dans les conditions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 611-5.** Dans ce cas, l'équilibre financier est assuré dans le cadre **des catégories professionnelles correspondantes** ~~*de l'ensemble des groupes intéressés.*~~ Les prestations supplémentaires sont choisies parmi les catégories de prestations figurant au 1° de l'article L. 160-8 ou consistent soit en l'octroi, dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3 et au 2° de l'article L. 431-1, soit en une réduction de la participation de l'assuré aux tarifs servant au calcul du remboursement des prestations de base, sans que cette participation puisse être inférieure à celle prévue à l'article L. 160-13. Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article. L'article L. 323-7 lui est également applicable. La charge des prestations supplémentaires est couverte par des cotisations supplémentaires, dans les conditions précisées à l'article L. 612-13.
Article L. 621-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 621-1 abrogé du code de la sécurité sociale**
Il est institué un régime d'assurance vieillesse applicable aux personnes non salariées ou assimilées, dans les conditions déterminées par les titres II, III et IV du présent livre.	~~*Il est institué un régime d'assurance vieillesse applicable aux personnes non salariées ou assimilées, dans les conditions déterminées par les titres II, III et IV du présent livre.*~~

Article L. 621-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 621-2 abrogé du code de la sécurité sociale
Le service des prestations de vieillesse est assuré par des organisations autonomes fonctionnant pour un ou plusieurs des groupes professionnels définis à l'article L. 621-3 et comportant éventuellement une caisse nationale, des caisses locales ou régionales ou des sections professionnelles. Des décrets en Conseil d'Etat déterminent, après avis du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée, la structure des organisations, leurs règles de fonctionnement ainsi que le mode d'élection des membres des conseils d'administration de leurs caisses ou sections de caisses.	~~*Le service des prestations de vieillesse est assuré par des organisations autonomes fonctionnant pour un ou plusieurs des groupes professionnels définis à l'article L. 621-3 et comportant éventuellement une caisse nationale, des caisses locales ou régionales ou des sections professionnelles.*~~ ~~*Des décrets en Conseil d'Etat déterminent, après avis du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée, la structure des organisations, leurs règles de fonctionnement ainsi que le mode d'élection des membres des conseils d'administration de leurs caisses ou sections de caisses.*~~
Article L. 621-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 621-3 abrogé du code de la sécurité sociale**
Les groupes professionnels mentionnés à l'article L. 621-2 sont : 1° Le groupe des professions artisanales ; 2° Le groupe des professions industrielles et commerciales ; 3° Le groupe des professions libérales ; 4° Le groupe des professions agricoles. Sur proposition de ces régimes, des décrets en Conseil d'Etat pourront décider la fusion de plusieurs d'entre eux.	~~*Les groupes professionnels mentionnés à l'article L. 621-2 sont :*~~ ~~*1° Le groupe des professions artisanales ;*~~ ~~*2° Le groupe des professions industrielles et commerciales ;*~~ ~~*3° Le groupe des professions libérales ;*~~ ~~*4° Le groupe des professions agricoles.*~~ ~~*Sur proposition de ces régimes, des décrets en Conseil d'Etat pourront décider la fusion de plusieurs d'entre eux.*~~
Article L. 622-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 622-3 abrogé du code de la sécurité sociale**
Les professions artisanales groupent les chefs des entreprises individuelles, les gérants et associés non salariés des entreprises exploitées sous forme de société, immatriculés au répertoire des métiers ou susceptibles d'être assujettis à cette immatriculation ainsi que toutes les personnes qui, lors de leur dernière activité professionnelle, dirigeaient en une de ces qualités une entreprise dont l'activité et la dimension auraient été de nature à provoquer cette immatriculation si celle-ci avait été obligatoire à l'époque où les intéressés ont exercé cette activité. Toutefois, les professions qui ont été rattachées à un groupe mentionné à l'article L. 621-3 par des décrets antérieurs au 15 juillet 1962 le demeurent. Un décret fixera les conditions d'application du présent article dans les départements de la Moselle, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin.	~~*Les professions artisanales groupent les chefs des entreprises individuelles, les gérants et associés non salariés des entreprises exploitées sous forme de société, immatriculés au répertoire des métiers ou susceptibles d'être assujettis à cette immatriculation ainsi que toutes les personnes qui, lors de leur dernière activité professionnelle, dirigeaient en une de ces qualités une entreprise dont l'activité et la dimension auraient été de nature à provoquer cette immatriculation si celle-ci avait été obligatoire à l'époque où les intéressés ont exercé cette activité.*~~ ~~*Toutefois, les professions qui ont été rattachées à un groupe mentionné à l'article L. 621-3 par des décrets antérieurs au 15 juillet 1962 le demeurent.*~~ ~~*Un décret fixera les conditions d'application du présent article dans les départements de la Moselle, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin.*~~
Article L. 622-4 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 622-4 abrogé du code de la sécurité sociale**
Les professions industrielles et commerciales groupent	~~*Les professions industrielles et commerciales groupent*~~

toutes les personnes dont l'activité professionnelle comporte soit l'inscription au registre du commerce, soit l'assujettissement à la contribution économique territoriale en tant que commerçant, ou dont la dernière activité professionnelle aurait été de nature à provoquer cette inscription ou l'assujettissement à la patente ou à la contribution économique territoriale s'il avait été obligatoire à l'époque où les intéressés ont exercé cette activité à l'exception des personnes exerçant une activité professionnelle qui relève à titre obligatoire du régime spécial de sécurité sociale des marins. Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, sont également affiliés au groupe des professions industrielles et commerciales 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.	~~*toutes les personnes dont l'activité professionnelle comporte soit l'inscription au registre du commerce, soit l'assujettissement à la contribution économique territoriale en tant que commerçant, ou dont la dernière activité professionnelle aurait été de nature à provoquer cette inscription ou l'assujettissement à la patente ou à la contribution économique territoriale s'il avait été obligatoire à l'époque où les intéressés ont exercé cette activité à l'exception des personnes exerçant une activité professionnelle qui relève à titre obligatoire du régime spécial de sécurité sociale des marins.*~~ ~~*Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, sont également affiliés au groupe des professions industrielles et commerciales 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.*~~
Article L. 622-7 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 622-7 abrogé du code de la sécurité sociale**
Des décrets pris après consultation du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée classent dans l'un des quatre groupes mentionnés à l'article L. 621-3, les activités professionnelles non salariées qui ne sont pas énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-6.	~~*Des décrets pris après consultation du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée classent dans l'un des quatre groupes mentionnés à l'article L. 621-3, les activités professionnelles non salariées qui ne sont pas énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-6.*~~
Article L. 622-8 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 622-8 modifié du code de la sécurité sociale**
Sous réserve de l'application des dispositions des articles L. 311-2 et L. 311-6 du présent code, le conjoint collaborateur et le conjoint associé mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce sont affiliés personnellement au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales auquel le chef d'entreprise est affilié.	Sous réserve de l'application des dispositions des articles L. 311-2 et L. 311-6 du présent code, le conjoint collaborateur et le conjoint associé mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce sont affiliés personnellement au régime d'assurance vieillesse ~~*des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales*~~ auquel le chef d'entreprise est affilié.
Article L. 622-9 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 622-9 modifié du code de la sécurité sociale**
L'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée est affilié au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales sauf si l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article 1144 du code rural.	L'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée est affilié au régime d'assurance vieillesse ~~*des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales*~~ **du régime social des indépendants** sauf si l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article 1144 du code rural.
Article L. 623-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 623-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Les caisses procèdent au recouvrement des cotisations ; en cas de défaillance, les caisses des trois premiers groupes mentionnés à l'article L. 621-3 peuvent demander à l'autorité administrative de faire procéder au	Les caisses procèdent au recouvrement des cotisations ; en cas de défaillance, les caisses ~~*des trois premiers groupes mentionnés à l'article L. 621-3*~~ peuvent demander à l'autorité administrative de faire procéder au

recouvrement des cotisations dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.	recouvrement des cotisations dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.
Code de la sécurité sociale **Partie législative** **Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés** **Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales**	**Code de la sécurité sociale** **Partie législative** **Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés** ~~*Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ **Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des personnes affiliées au régime social des indépendants**
Article L. 634-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 634-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Il est établi un alignement des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sur le régime général de sécurité sociale, en attendant l'institution d'un régime de base unique en matière d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et non salariés et de leurs conjoints.	Il est établi un alignement **de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants** ~~*des régimes de l'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ sur le régime général de sécurité sociale, en attendant l'institution d'un régime de base unique en matière d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et non salariés et de leurs conjoints.
Article L. 634-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 634-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Sous réserve d'adaptation par décret, les prestations des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies au deuxième alinéa de l'article L. 341-15, du premier au quatrième alinéas de l'article L. 351-1, à l'article L. 351-1-2, au premier alinéa de l'article L. 351-2, à l'article L. 351-3 à l'exception du 7°, aux articles L. 351-4 à L. 351-4-2, L. 351-6, L. 351-7 à L. 351-10-1, L. 351-12, L. 351-13, L. 353-1 à L. 353-6, au deuxième alinéa de l'article L. 355-1 et à l'article L. 355-2 . Lorsqu'il est fait application des dispositions du 2° de l'article L. 633-10, les dispositions de l'article L. 351-10 s'appliquent au total des droits acquis par les deux conjoints.	Sous réserve d'adaptation par décret, les prestations **de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants**~~ *des régimes de l'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies au deuxième alinéa de l'article L. 341-15, du premier au quatrième alinéas de l'article L. 351-1, à l'article L. 351-1-2, au premier alinéa de l'article L. 351-2, à l'article L. 351-3 à l'exception du 7°, aux articles L. 351-4 à L. 351-4-2, L. 351-6, L. 351-7 à L. 351-10-1, L. 351-12, L. 351-13, L. 353-1 à L. 353-6, au deuxième alinéa de l'article L. 355-1 et à l'article L. 355-2 . Lorsqu'il est fait application des dispositions du 2° de l'article L. 633-10, les dispositions de l'article L. 351-10 s'appliquent au total des droits acquis par les deux conjoints.
Article L. 634-2-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 634-2-1 modifié du code de la sécurité sociale**
I.-Lorsqu'en application du premier alinéa de l'article L. 351-2, il est retenu un nombre de trimestres d'assurances inférieur à quatre par année civile d'exercice, à titre exclusif, d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, l'assuré est autorisé à effectuer un versement complémentaire de cotisations. En cas de cessation d'activité, l'assuré est autorisé à effectuer, au cours de l'année de la cessation, le versement complémentaire afférent à la cotisation de	I.-Lorsqu'en application du premier alinéa de l'article L. 351-2, il est retenu un nombre de trimestres d'assurances inférieur à quatre par année civile d'exercice, à titre exclusif, d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, l'assuré est autorisé à effectuer un versement complémentaire de cotisations. En cas de cessation d'activité, l'assuré est autorisé à effectuer, au cours de l'année de la cessation, le versement complémentaire afférent à la cotisation de

l'année régularisée. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. II.-Lorsqu'en application du premier alinéa de l'article L. 351-2, moins de quatre trimestres d'assurance sont validés au titre d'une année civile d'exercice d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, l'assuré peut demander la validation d'un trimestre par période de quatre-vingt-dix jours d'affiliation continue ou non au cours de cette année civile aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales. Le bénéfice des dispositions ci-dessus est subordonné : a) A une durée minimale d'affiliation aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales fixée par décret ; ce décret fixe également le nombre maximum de trimestres qui peuvent être validés par l'assuré en fonction de sa durée d'affiliation à ces régimes et les modalités particulières de prise en compte de cette durée lorsqu'elle est en tout ou partie antérieure au 1er janvier 2009 ; b) Au versement, dans un délai fixé par décret, d'une cotisation qui ne peut être inférieure au minimum de cotisation prévu au premier alinéa de l'article L. 351-2. L'application des dispositions ci-dessus ne peut avoir pour effet de porter le total des trimestres validés par l'assuré au titre de l'année considérée au-delà du nombre de périodes de quatre-vingt-dix jours accomplies durant cette année. La validation est accordée à tout assuré respectant les conditions fixées au présent II. Ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus : 1° Les associés ou commandités, gérants ou non, d'une entreprise exploitée sous forme de société dès lors qu'au titre de l'année considérée les revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qu'eux-mêmes, leur conjoint, ou leur partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité et leurs enfants mineurs non émancipés ont perçus de ladite entreprise excèdent un seuil fixé par décret ; 2° Les assurés qui ne sont pas à jour des obligations déclaratives ou de paiement relatives à leurs cotisations et contributions personnelles et, le cas échéant, de celles relatives aux cotisations et contributions afférentes aux gains et rémunérations de leurs salariés ; toutefois, la condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que les intéressés, d'une part, ont souscrit et respectent un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquittent les cotisations en cours à leur date d'exigibilité ; 3° Les conjoints ou partenaires collaborateurs et les assurés mentionnés à l'article L. 742-6, au titre de l'année ou de la fraction d'année durant laquelle ils avaient cette qualité. Les assurés ayant validé moins de quatre trimestres d'assurance au titre d'une année pour laquelle leurs cotisations et celles de leur conjoint ou partenaire collaborateur ont été déterminées compte tenu du 2° de l'article L. 633-10 ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus, au titre de ladite année, que si leur	l'année régularisée. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. II.-Lorsqu'en application du premier alinéa de l'article L. 351-2, moins de quatre trimestres d'assurance sont validés au titre d'une année civile d'exercice d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, l'assuré peut demander la validation d'un trimestre par période de quatre-vingt-dix jours d'affiliation continue ou non au cours de cette année civile à **l'assurance vieillesse du régime social des indépendants** ~~*aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.*~~ Le bénéfice des dispositions ci-dessus est subordonné : a) A une durée minimale d'affiliation **à l'assurance vieillesse du régime social des indépendants** ~~*aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ fixée par décret ; ce décret fixe également le nombre maximum de trimestres qui peuvent être validés par l'assuré en fonction de sa durée d'affiliation à ~~*ces régimes*~~ **ce régime** et les modalités particulières de prise en compte de cette durée lorsqu'elle est en tout ou partie antérieure au 1er janvier 2009 ; b) Au versement, dans un délai fixé par décret, d'une cotisation qui ne peut être inférieure au minimum de cotisation prévu au premier alinéa de l'article L. 351-2. L'application des dispositions ci-dessus ne peut avoir pour effet de porter le total des trimestres validés par l'assuré au titre de l'année considérée au-delà du nombre de périodes de quatre-vingt-dix jours accomplies durant cette année. La validation est accordée à tout assuré respectant les conditions fixées au présent II. Ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus : 1° Les associés ou commandités, gérants ou non, d'une entreprise exploitée sous forme de société dès lors qu'au titre de l'année considérée les revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qu'eux-mêmes, leur conjoint, ou leur partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité et leurs enfants mineurs non émancipés ont perçus de ladite entreprise excèdent un seuil fixé par décret ; 2° Les assurés qui ne sont pas à jour des obligations déclaratives ou de paiement relatives à leurs cotisations et contributions personnelles et, le cas échéant, de celles relatives aux cotisations et contributions afférentes aux gains et rémunérations de leurs salariés ; toutefois, la condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que les intéressés, d'une part, ont souscrit et respectent un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquittent les cotisations en cours à leur date d'exigibilité ; 3° Les conjoints ou partenaires collaborateurs et les assurés mentionnés à l'article L. 742-6, au titre de l'année ou de la fraction d'année durant laquelle ils avaient cette qualité. Les assurés ayant validé moins de quatre trimestres d'assurance au titre d'une année pour laquelle leurs cotisations et celles de leur conjoint ou partenaire

revenu professionnel était inférieur au revenu minimum exigé pour la validation de quatre trimestres. Le financement des validations instituées par le présent article est assuré par une fraction des cotisations d'assurance vieillesse des régimes concernés. Ces opérations font l'objet d'un suivi comptable spécifique dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Les trimestres validés au titre du présent II ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 634-3-2 et L. 634-3-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.	collaborateur ont été déterminées compte tenu du 2° de l'article L. 633-10 ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus, au titre de ladite année, que si leur revenu professionnel était inférieur au revenu minimum exigé pour la validation de quatre trimestres. Le financement des validations instituées par le présent article est assuré par une fraction des cotisations d'assurance vieillesse ~~*des régimes concernés.*~~ Ces opérations font l'objet d'un suivi comptable spécifique dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Les trimestres validés au titre du présent II ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 634-3-2 et L. 634-3-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.
Article L. 634-2-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 634-2-2 modifié du code de la sécurité sociale**
I.-Sont prises en compte par les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance : 1° Les périodes d'études accomplies dans les établissements, écoles et classes mentionnés à l'article L. 381-4 lorsque le régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou celui des professions industrielles et commerciales est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études ; ces périodes d'études doivent avoir donné lieu à l'obtention d'un diplôme, l'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles étant assimilée à l'obtention d'un diplôme ; les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un Etat membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte ; 2° Les années civiles ayant donné lieu à affiliation à l'assurance vieillesse du régime des professions artisanales ou à celui des professions industrielles et commerciales à quelque titre que ce soit, au titre desquelles il est retenu, en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, un nombre de trimestres inférieur à quatre. II.-Par dérogation aux conditions prévues au I, le montant du versement de cotisations prévu pour la prise en compte des périodes mentionnées au 1° du même I peut être abaissé par décret pour les périodes de formation initiale, dans des conditions et limites tenant notamment au délai de présentation de la demande, fixé à dix ans à compter de la fin des études, et au nombre de trimestres éligibles à ce montant spécifique.	I.-Sont prises en compte par **le régime social des indépendants** ~~*les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales,*~~ pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance : 1° Les périodes d'études accomplies dans les établissements, écoles et classes mentionnés à l'article L. 381-4 lorsque le régime **social des indépendants** ~~*d'assurance vieillesse des professions artisanales ou celui des professions, industrielles et commerciales*~~ est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études ; ces périodes d'études doivent avoir donné lieu à l'obtention d'un diplôme, l'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles étant assimilée à l'obtention d'un diplôme ; les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un Etat membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte ; 2° Les années civiles ayant donné lieu à affiliation à l'assurance vieillesse du régime **social des indépendants** ~~*des professions artisanales ou à celui des professions, industrielles et commerciales*~~ à quelque titre que ce soit, au titre desquelles il est retenu, en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, un nombre de trimestres inférieur à quatre. II.-Par dérogation aux conditions prévues au I, le montant du versement de cotisations prévu pour la prise en compte des périodes mentionnées au 1° du même I peut être abaissé par décret pour les périodes de formation initiale, dans des conditions et limites tenant notamment au délai de présentation de la demande, fixé à dix ans à compter de la fin des études, et au nombre de trimestres éligibles à ce montant spécifique.

Article L. 634-3-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 634-3-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Les prestations visées aux articles L. 634-2 et L. 634-3 peuvent être liquidées et servies dans les conditions prévues aux articles L. 351-15 et L. 351-16 lorsque l'assuré justifie d'une activité à temps partiel exercée à titre exclusif et relevant du régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou du régime des professions industrielles et commerciales, dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels.	Les prestations visées aux articles L. 634-2 et L. 634-3 peuvent être liquidées et servies dans les conditions prévues aux articles L. 351-15 et L. 351-16 lorsque l'assuré justifie d'une activité à temps partiel exercée à titre exclusif et relevant **de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants** ~~*du régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou du régime des professions, industrielles et commerciales*~~, dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels.
Article L. 634-3-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 634-3-2 modifié du code de la sécurité sociale**
L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un âge et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent article et, notamment, les conditions dans lesquelles, le cas échéant, peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes.	L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un âge et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans **l'assurance vieillesse du régime social des indépendants** ~~*les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent article et, notamment, les conditions dans lesquelles, le cas échéant, peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes.
Article L. 634-3-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 634-3-3 modifié du code de la sécurité sociale**
La condition d'âge prévue au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissée dans des conditions fixées par décret pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 %, une durée d'assurance dans les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.	La condition d'âge prévue au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissée dans des conditions fixées par décret pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 %, une durée d'assurance dans **l'assurance vieillesse du régime social des indépendants** ~~*les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Article L. 634-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 634-5 modifié du code de la sécurité sociale
Les pensions ou rentes versées par les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales ainsi que les revenus servant de base au calcul de ces pensions ou rentes sont revalorisés, par arrêté interministériel, aux mêmes dates et selon les mêmes taux que ceux fixés dans le régime général de sécurité sociale.	Les pensions ou rentes versées par **l'assurance vieillesse du régime social des indépendants** ~~*les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ ainsi que les revenus servant de base au calcul de ces pensions ou rentes sont revalorisés, par arrêté interministériel, aux mêmes dates et selon les mêmes taux que ceux fixés dans le régime général de sécurité sociale.
Article L. 634-6 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 634-6 modifié du code de la sécurité sociale**
Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-22 ne font pas obstacle à l'exercice par l'assuré d'une activité relevant des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales et procurant des revenus inférieurs à des seuils adaptés selon les zones géographiques concernées et déterminés dans des conditions fixées par décret. Lorsque l'assuré reprend une activité mentionnée au premier alinéa lui procurant des revenus supérieurs à ceux prévus au même alinéa, il en informe la caisse compétente et la pension servie par ce régime est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret. Par dérogation aux deux premiers alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle : a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ; b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin. Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-22 ne sont pas opposables à l'assuré qui demande le bénéfice de sa pension au titre de l'article L. 634-3-1.	Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-22 ne font pas obstacle à l'exercice par l'assuré d'une activité relevant **de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants** ~~*des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ et procurant des revenus inférieurs à des seuils adaptés selon les zones géographiques concernées et déterminés dans des conditions fixées par décret. Lorsque l'assuré reprend une activité mentionnée au premier alinéa lui procurant des revenus supérieurs à ceux prévus au même alinéa, il en informe la caisse compétente et la pension servie par ce régime est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret. Par dérogation aux deux premiers alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle : a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ; b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin. Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-22 ne sont pas opposables à l'assuré qui demande le bénéfice de sa pension au titre de l'article L. 634-3-1.
Article L. 635-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 635-1 modifié du code de la sécurité sociale**

Toute personne relevant de l'une des organisations mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 621-3, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, bénéficie d'un régime de retraite complémentaire obligatoire auquel elle est d'office affiliée. Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales assure au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. La valeur de service du point peut être différenciée suivant la date d'acquisition des points et la date de prise d'effet de la pension, ainsi que pour les points attribués antérieurement à la création du régime ou convertis lors de sa transformation. Elle peut également, s'agissant des points issus de la conversion mentionnée au second alinéa du I de l'article 57 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, être différenciée suivant le régime d'affiliation antérieur. La couverture des charges est assurée par des cotisations calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base. Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont calculées, dans la limite d'un plafond fixé par décret, sur la base de tranches de revenu d'activité déterminées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. Un décret peut prévoir, sous certaines conditions, que ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant qu'il fixe. L'équilibre financier du régime est assuré par ses seules ressources. Un décret détermine les règles de pilotage du régime, et notamment les conditions dans lesquelles le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants formule à échéance régulière, au ministre chargé de la sécurité sociale, des règles d'évolution des paramètres permettant de respecter des critères de solvabilité.	Toute personne relevant de ~~*l'une des organisations mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 621-3*~~ **l'assurance vieillesse du régime social des indépendants**, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, bénéficie d'un régime de retraite complémentaire obligatoire auquel elle est d'office affiliée. Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse ~~*des professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ **du régime social des indépendants** assure au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. La valeur de service du point peut être différenciée suivant la date d'acquisition des points et la date de prise d'effet de la pension, ainsi que pour les points attribués antérieurement à la création du régime ou convertis lors de sa transformation. Elle peut également, s'agissant des points issus de la conversion mentionnée au second alinéa du I de l'article 57 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, être différenciée suivant le régime d'affiliation antérieur. La couverture des charges est assurée par des cotisations calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base. Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont calculées, dans la limite d'un plafond fixé par décret, sur la base de tranches de revenu d'activité déterminées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. Un décret peut prévoir, sous certaines conditions, que ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant qu'il fixe. L'équilibre financier du régime est assuré par ses seules ressources. Un décret détermine les règles de pilotage du régime, et notamment les conditions dans lesquelles le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants formule à échéance régulière, au ministre chargé de la sécurité sociale, des règles d'évolution des paramètres permettant de respecter des critères de solvabilité.
Article L. 635-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 635-3 modifié du code de la sécurité sociale**
Les conditions d'attribution et de service des prestations dues aux assurés et à leurs conjoints survivants au titre du régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sont précisées par un règlement de la caisse nationale compétente approuvé par arrêté ministériel. Ce règlement détermine notamment les conditions dans lesquelles les pensions sont revalorisées et fixe les principes de fonctionnement et de gestion financière du régime complémentaire ainsi que la nature et les modalités d'attribution des prestations servies par son fonds d'action sociale.	Les conditions d'attribution et de service des prestations dues aux assurés et à leurs conjoints survivants au titre du régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse ~~*des professions artisanales, industrielles et commerciales*~~ **du régime social des indépendants** sont précisées par un règlement de la caisse nationale compétente approuvé par arrêté ministériel. Ce règlement détermine notamment les conditions dans lesquelles les pensions sont revalorisées et fixe les principes de fonctionnement et de gestion financière du régime complémentaire ainsi que la nature et les modalités d'attribution des prestations servies par son fonds d'action sociale.

Article L. 635-4 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 635-4 modifié du code de la sécurité sociale**
Les chauffeurs de taxi non salariés ayant adhéré, dans le cadre de la loi n° 56-659 du 6 juillet 1956 sur l'assurance vieillesse des chauffeurs de taxis, à l'assurance volontaire du régime général de sécurité sociale sont affiliés au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales. Un décret, pris après avis du conseil d'administration de la section professionnelle des artisans de la Caisse nationale du régime social des indépendants, fixe les conditions d'application du présent article et notamment les modalités de validation des périodes d'activité ou assimilées, antérieures à sa date d'entrée en vigueur.	Les chauffeurs de taxi non salariés ayant adhéré, dans le cadre de la loi n° 56-659 du 6 juillet 1956 sur l'assurance vieillesse des chauffeurs de taxis, à l'assurance volontaire du régime général de sécurité sociale sont affiliés au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse ~~*des travailleurs non salariés des professions artisanales*~~ **du régime social des indépendants**. Un décret, pris après avis du conseil d'administration ~~*de la section professionnelle des artisans*~~ de la Caisse nationale du régime social des indépendants, fixe les conditions d'application du présent article et notamment les modalités de validation des périodes d'activité ou assimilées, antérieures à sa date d'entrée en vigueur.
Article L. 635-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 635-5 modifié du code de la sécurité sociale**
Les régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent aux personnes affiliées une pension d'invalidité en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement constatée par le service du contrôle médical des caisses. La pension d'invalidité prend fin à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail par le régime concerné. Les cotisations aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès mentionnés au présent article sont calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base d'assurance vieillesse. 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 et sont calculées dans la limite d'un plafond fixé par décret.	**Le régime invalidité-décès des personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1 attribue** ~~*Les régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent*~~ aux personnes affiliées une pension d'invalidité en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement constatée par le service du contrôle médical des caisses. La pension d'invalidité prend fin à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail par le régime concerné. Les cotisations **au régime obligatoire mentionné au premier alinéa** ~~*aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès mentionnés au présent article*~~ sont calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base d'assurance vieillesse. 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 et sont calculées dans la limite d'un plafond fixé par décret.
Code de la sécurité sociale **Partie législative** **Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés** **Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales**	**Code de la sécurité sociale** **Partie législative** **Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés** **Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales** **Chapitre préliminaire : « champ d'application »**
Article L. 622-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 640-1 du code de la sécurité sociale (déplacement)**

Les professions libérales groupent les personnes exerçant l'une des professions ci-après ou dont la dernière activité professionnelle a consisté dans l'exercice de l'une de ces professions :	~~*Les professions libérales groupent les personnes exerçant l'une des professions ci-après ou dont la dernière activité professionnelle a consisté dans l'exercice de l'une de ces professions :*~~ **Sont affiliées au régime d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales les personnes exerçant l'une des professions suivantes :**
1°) médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, architecte, expert-comptable, vétérinaire ;	1°) médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, ~~*architecte, expert-comptable, vétérinaire*~~ **auxiliaire médical** ;
2°) notaire, huissier de justice, personne ayant la qualité de commissaire-priseur judiciaire habilité à diriger les ventes dans les conditions prévues à l'article L. 321-4 du code de commerce, syndic ou administrateur et liquidateur judiciaire, agréé, greffier, expert devant les tribunaux, personne bénéficiaire de l'agrément prévu par l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles, courtier en valeurs, arbitre devant le tribunal de commerce, artiste non mentionné à l'article L. 382-1, ingénieur-conseil, auxiliaire médical, agent général d'assurances ;	2°) notaire, huissier de justice, personne ayant la qualité de commissaire-priseur judiciaire habilité à diriger les ventes dans les conditions prévues à l'article L. 321-4 du code de commerce, syndic ou administrateur et liquidateur judiciaire, agréé, greffier, expert devant les tribunaux, personne bénéficiaire de l'agrément prévu par l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles, courtier en valeurs, arbitre devant le tribunal de commerce, artiste non mentionné à l'article L. 382-1, ingénieur-conseil, ~~*auxiliaire médical*~~, **architecte, géomètre, expert-comptable, vétérinaire,** agent général d'assurances ;
	3°) et d'une manière générale, toute profession libérale, autre que celle d'avocat, exercée par des personnes non salariées. Un décret fixe la liste de ces professions.
3°) et d'une manière générale, toute personne autre que les avocats, exerçant une activité professionnelle non-salariée et qui n'est pas assimilée à une activité salariée pour l'application du livre III du présent code, lorsque cette activité ne relève pas d'une autre organisation autonome en vertu des articles L. 622-3, L. 622-4, L. 622-6 ou d'un décret pris en application de l'article L. 622-7. Pour des raisons impérieuses de sécurité, les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'Etat ou d'une autorisation d'exercer, organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en œuvre de leur activité, sont considérés comme exerçant une activité non salariée relevant du régime des travailleurs indépendants et ce, quel que soit le public auquel ils s'adressent.	~~*3°) et d'une manière générale, toute personne autre que les avocats, exerçant une activité professionnelle non-salariée et qui n'est pas assimilée à une activité salariée pour l'application du livre III du présent code, lorsque cette activité ne relève pas d'une autre organisation autonome en vertu des articles L. 622-3, L. 622-4, L. 622-6 ou d'un décret pris en application de l'article L. 622-7.*~~ ~~*Pour des raisons impérieuses de sécurité, les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'Etat ou d'une autorisation d'exercer, organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en œuvre de leur activité, sont considérés comme exerçant une activité non salariée relevant du régime des travailleurs indépendants et ce, quel que soit le public auquel ils s'adressent.*~~

Article L. 742-6 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 742-6 modifié du code de la sécurité sociale**
Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés :	Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés :
1°) les personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, exerçant une des activités professionnelles énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 ou L. 723-1 et résidant hors du territoire français. Les modalités d'application de cette disposition sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander	1°) les personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, **du régime mentionné à l'article L. 613-1** ~~*d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, exerçant une des activités professionnelles énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 ou L. 723-1*~~ et résidant hors du territoire français. Les modalités d'application de cette disposition sont déterminées par un décret qui précise notamment les

leur affiliation ;	délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation ;
2°) les personnes qui, ayant exercé en dernier lieu une des activités énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 et ne pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale ;	2°) les personnes qui, ayant exercé en dernier lieu une des activités **ayant valu affiliation au régime mentionné à l'article L. 613-1** ~~énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5~~ et ne pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale ;
3°) les personnes qui ont exercé une profession artisanale ou une profession industrielle ou commerciale au sens des articles L. 622-3 et L. 622-4 et qui cessent d'exercer directement cette activité en raison de la mise en location-gérance de leur fonds dont elles conservent la propriété ;	3°) les personnes qui ont exercé **une activité professionnelle relevant du 2° de l'article L. 611-1** ~~une profession artisanale ou une profession industrielle ou commerciale au sens des articles L. 622-3 et L. 622-4~~ et qui cessent d'exercer directement cette activité en raison de la mise en location-gérance de leur fonds dont elles conservent la propriété ;
4°) les personnes ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui participent à l'exercice d'une activité professionnelle non-salariée non-agricole mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 ;	4°) les personnes ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui participent à l'exercice d'une activité professionnelle non-salariée non-agricole mentionnée ~~aux 1° et 2° de l'article L. 621-3~~ **au 2° de l'article L. 611-1** ;
5°) Les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce qui, ayant été affiliés en dernier lieu et à titre obligatoire au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales, en application de l'article L. 622-8 du présent code, soit au régime d'assurance vieillesse des avocats, en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-1, cessent de remplir les conditions de l'affiliation obligatoire, ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale. Les modalités d'application du présent 5°, notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation, sont déterminées par décret.	5°) Les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce qui, ayant été affiliés en dernier lieu et à titre obligatoire **soit au régime mentionné à l'article L. 611-1, soit au régime mentionné à l'article L. 640-1 au régime** ~~d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales, en application de l'article L. 622-8 du présent code~~, soit au régime d'assurance vieillesse des avocats, en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-1, cessent de remplir les conditions de l'affiliation obligatoire, ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale. Les modalités d'application du présent 5°, notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation, sont déterminées par décret.
Code de la sécurité sociale **Partie législative** **Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses** **Titre 4 : Assurance volontaire** **Chapitre 2 : Assurance volontaire vieillesse et assurance volontaire invalidité** **Section 1 : Dispositions concernant le régime des salariés** **Sous-section 1 : Généralités.**	**Code de la sécurité sociale** **Partie législative** **Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses** **Titre 4 : Assurance volontaire** **Chapitre 2 : Assurance volontaire vieillesse et assurance volontaire invalidité** **Section 1 : Dispositions concernant le régime des salariés** **Sous-section 1 : Généralités.** **Sous-section 1 : Dispositions communes**

Article L. 742-7 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 742-7 modifié du code de la sécurité sociale**
Les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 qui adhèrent à l'assurance volontaire prévue audit article peuvent, pour des périodes postérieures au 1er janvier 1949, pendant lesquelles elles ont exercé leur activité hors du territoire français, acquérir des droits aux prestations d'allocation vieillesse ou d'assurance vieillesse moyennant le versement de cotisations fixées par référence à celles dues en application de l'article L. 634-2-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée aux articles L. 622-3 et L. 622-4, ou par référence à celles dues en application de l'article L. 643-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-5. La même faculté est offerte, pour acquérir les mêmes droits, aux personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, qui ont exercé leur activité hors du territoire français, ainsi qu'au conjoint survivant des personnes qui auraient rempli les conditions requises pour bénéficier du présent article. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation. Ce même décret fixe les conditions dans lesquelles sont prises en compte, pour l'attribution des allocations de vieillesse, des périodes d'exercice, par les personnes mentionnées au présent article, d'une activité non salariée antérieure au 1er janvier 1949.	Les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 qui adhèrent à l'assurance volontaire prévue audit article peuvent, pour des périodes postérieures au 1er janvier 1949, pendant lesquelles elles ont exercé leur activité hors du territoire français, acquérir des droits aux prestations d'allocation vieillesse ou d'assurance vieillesse moyennant le versement de cotisations fixées par référence à celles dues en application de l'article L. 634-2-2 si elles exercent une activité professionnelle ~~*énumérée aux articles L. 622-3 et L. 622-4*~~ **relevant du 2° de l'article L. 611-1** , ou par référence à celles dues en application de l'article L. 643-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée ~~*à l'article L. 622-5*~~ **à l'article L. 640-1**. La même faculté est offerte, pour acquérir les mêmes droits, aux personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, qui ont exercé leur activité hors du territoire français, ainsi qu'au conjoint survivant des personnes qui auraient rempli les conditions requises pour bénéficier du présent article. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation. Ce même décret fixe les conditions dans lesquelles sont prises en compte, pour l'attribution des allocations de vieillesse, des périodes d'exercice, par les personnes mentionnées au présent article, d'une activité non salariée antérieure au 1er janvier 1949.
Code de la sécurité sociale **Partie législative** **Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses** **Titre 4 : Assurance volontaire** **Chapitre 2 : Assurance volontaire vieillesse et assurance volontaire invalidité** **Section 2 : Dispositions concernant les régimes des non salariés non agricoles** **Sous-section 2 : Dispositions communes aux régimes des professions artisanales et à celui des professions industrielles et commerciales.**	**Code de la sécurité sociale** **Partie législative** **Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses** **Titre 4 : Assurance volontaire** **Chapitre 2 : Assurance volontaire vieillesse et assurance volontaire invalidité** **Section 2 : Dispositions concernant les régimes des non salariés non agricoles** ~~*Sous-section 2 : Dispositions communes aux régimes des professions artisanales et à celui des professions industrielles et commerciales.*~~ **Sous-section 2 : Dispositions relatives au régime social des indépendants.**

Article L. 961-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 961-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Les dispositions du présent titre s'appliquent aux régimes et garanties collectives établis à titre obligatoire ou facultatif dans un cadre professionnel au profit des non salariés, anciens non salariés et de leurs ayants droit et qui s'ajoutent aux régimes légalement obligatoires des professions mentionnées notamment à l'article L. 621-3 ou relevant de la Caisse nationale des barreaux français mentionnée à l'article L. 723-1. Les régimes et garanties collectives mentionnés au premier alinéa ont notamment pour objet de prévoir la couverture des risques et la constitution des avantages mentionnés à l'article L. 911-2. Ces régimes et garanties collectives, obligatoires ou facultatifs, sont gérés par les entreprises régies par le code des assurances, par les mutuelles relevant du code de la mutualité, par les organismes mentionnés à l'article L. 621-2 fonctionnant pour les groupes professionnels définis aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et par les organismes mentionnés aux articles L. 644-1 et L. 723-1. Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux régimes complémentaires obligatoires qui relèvent d'un règlement européen de coordination des législations nationales de sécurité sociale pris sur la base des articles 42 et 308 du traité instituant la Communauté européenne.	Les dispositions du présent titre s'appliquent aux régimes et garanties collectives établis à titre obligatoire ou facultatif dans un cadre professionnel au profit des non salariés, anciens non salariés et de leurs ayants droit et qui s'ajoutent aux régimes légalement obligatoires **des personnes mentionnées à l'article L. 613-1** ~~*des professions mentionnées notamment à l'article L. 621-3 ou relevant de la Caisse nationale des barreaux français mentionnée à l'article L. 723-1*~~. Les régimes et garanties collectives mentionnés au premier alinéa ont notamment pour objet de prévoir la couverture des risques et la constitution des avantages mentionnés à l'article L. 911-2. Ces régimes et garanties collectives, obligatoires ou facultatifs, sont gérés par les entreprises régies par le code des assurances, par les mutuelles relevant du code de la mutualité, ~~*par les organismes mentionnés à l'article L. 621-2 fonctionnant pour les groupes professionnels définis aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3*~~ et par les organismes mentionnés aux articles **L. 611-2**, L. 644-1 et L. 723-1. Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux régimes complémentaires obligatoires qui relèvent d'un règlement européen de coordination des législations nationales de sécurité sociale pris sur la base des articles 42 et 308 du traité instituant la Communauté européenne.
Article L. 6331-48 du code du travail dans sa rédaction résultant de la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 41, en vigueur à compter du 1er janvier 2018	**Article L. 6331-48 modifié du code du travail**
Les travailleurs indépendants, y compris ceux n'employant aucun salarié, ainsi que les chefs d'entreprise immatriculés au répertoire des métiers et affiliés au régime général de sécurité sociale en application des 11°, 12° et 23° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, consacrent chaque année au financement des actions définies à l'article L. 6331-1 du présent code : 1° Une contribution qui ne peut être inférieure à 0,25 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale pour les personnes relevant des groupes des professions industrielles et commerciales et des professions libérales mentionnés aux b et c du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale. Ce taux est porté à 0,34 % lorsque ces personnes bénéficient du concours de leur conjoint collaborateur dans les conditions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 121-4 du code de commerce ; 2° Une contribution égale à 0,29 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale pour les personnes relevant du groupe des professions artisanales mentionné au a du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale dont :	Les travailleurs indépendants, y compris ceux n'employant aucun salarié, ainsi que les chefs d'entreprise immatriculés au répertoire des métiers et affiliés au régime général de sécurité sociale en application des 11°, 12° et 23° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, consacrent chaque année au financement des actions définies à l'article L. 6331-1 du présent code : 1° Une contribution qui ne peut être inférieure à 0,25 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale pour les personnes **mentionnées au premier alinéa à l'exception de celles mentionnées au 2° du présent article**. ~~*relevant des groupes des professions industrielles et commerciales et des professions libérales mentionnés aux b et c du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale.*~~ Ce taux est porté à 0,34 % lorsque ces personnes bénéficient du concours de leur conjoint collaborateur dans les conditions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 121-4 du code de commerce ; 2° Une contribution égale à 0,29 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale pour les personnes **immatriculées au répertoire des métiers** ~~*relevant du groupe des professions artisanales mentionné au a du 1°*~~

	~~de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale~~ dont :
a) Une fraction correspondant à 0,12 point est affectée, en application de l'article L. 6331-50 du présent code, aux chambres mentionnées au a de l'article 1601 du code général des impôts pour le financement d'actions de formation au sens des articles L. 6313-1 à L. 6313-11 et L. 6353-1 du présent code. Ces actions de formation font l'objet d'une comptabilité analytique et sont gérées sur un compte annexe. Cette fraction n'est pas due dans les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin ;	a) Une fraction correspondant à 0,12 point est affectée, en application de l'article L. 6331-50 du présent code, aux chambres mentionnées au a de l'article 1601 du code général des impôts pour le financement d'actions de formation au sens des articles L. 6313-1 à L. 6313-11 et L. 6353-1 du présent code. Ces actions de formation font l'objet d'une comptabilité analytique et sont gérées sur un compte annexe. Cette fraction n'est pas due dans les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin ;
b) Une fraction correspondant à 0,17 point est affectée, en application de l'article L. 6331-50, au fonds d'assurance-formation des chefs d'entreprise mentionné au III de l'article 8 de l'ordonnance n° 2003-1213 du 18 décembre 2003 relative aux mesures de simplification des formalités concernant les entreprises, les travailleurs indépendants, les associations et les particuliers employeurs.	b) Une fraction correspondant à 0,17 point est affectée, en application de l'article L. 6331-50, au fonds d'assurance-formation des chefs d'entreprise mentionné au III de l'article 8 de l'ordonnance n° 2003-1213 du 18 décembre 2003 relative aux mesures de simplification des formalités concernant les entreprises, les travailleurs indépendants, les associations et les particuliers employeurs.
Les personnes relevant du groupe des professions industrielles et commerciales mentionné au b du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale et immatriculées au répertoire des métiers ainsi que les chefs d'entreprise immatriculés au répertoire des métiers et affiliés au régime général de sécurité sociale en application des 11°, 12° et 23° de l'article L. 311-3 du même code acquittent la contribution au financement des actions définies à l'article L. 6331-1 du présent code au taux mentionné au 2° du présent article.	~~Les personnes relevant du groupe des professions industrielles et commerciales mentionné au b du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale et immatriculées au répertoire des métiers ainsi que les chefs d'entreprise immatriculés au répertoire des métiers et affiliés au régime général de sécurité sociale en application des 11°, 12° et 23° de l'article L. 311-3 du même code acquittent la contribution au financement des actions définies à l'article L. 6331-1 du présent code au taux mentionné au 2° du présent article.~~
Les travailleurs indépendants bénéficiant du régime prévu à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale consacrent chaque année au financement des actions définies à l'article L. 6313-1 du présent code, en sus des cotisations et contributions acquittées au titre de ce régime, une contribution égale à 0,1 % du montant annuel de leur chiffre d'affaires pour ceux mentionnés au 1° du présent article qui relèvent de la première catégorie définie au dernier alinéa du 1 de l'article 50-0 du code général des impôts, à 0,2 % du montant annuel de leur chiffre d'affaires pour les autres travailleurs indépendants mentionnés au même 1° et à 0,3 % du montant annuel de leur chiffre d'affaires pour les travailleurs indépendants mentionnés au 2° du présent article. Pour cette dernière catégorie, la contribution est répartie dans les conditions mentionnées au même 2°, au prorata des valeurs qui y sont indiquées.	Les travailleurs indépendants bénéficiant du régime prévu à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale consacrent chaque année au financement des actions définies à l'article L. 6313-1 du présent code, en sus des cotisations et contributions acquittées au titre de ce régime, une contribution égale à 0,1 % du montant annuel de leur chiffre d'affaires pour ceux mentionnés au 1° du présent article qui relèvent de la première catégorie définie au dernier alinéa du 1 de l'article 50-0 du code général des impôts, à 0,2 % du montant annuel de leur chiffre d'affaires pour les autres travailleurs indépendants mentionnés au même 1° et à 0,3 % du montant annuel de leur chiffre d'affaires pour les travailleurs indépendants mentionnés au 2° du présent article. Pour cette dernière catégorie, la contribution est répartie dans les conditions mentionnées au même 2°, au prorata des valeurs qui y sont indiquées.
Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de mise en œuvre du présent article. » ;	Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de mise en œuvre du présent article. » ;

ARTICLE 34 - Extension aux pensions des régimes spéciaux liquidées avant 1999 du bénéfice de la campagne double pour les anciens combattants d'Afrique du Nord

I. Présentation de la mesure

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

Le bénéfice de la campagne double a été ouvert aux anciens combattants d'Afrique du Nord par un décret du 29 juillet 2010, pour les pensions liquidées depuis le 19 octobre 1999. Il s'applique aux fonctionnaires comme aux assurés des régimes spéciaux.

La loi n° 99-882 du 18 octobre 1999 a qualifié de guerre ou de combats respectivement les conflits armés en Algérie, d'une part, et en Tunisie et au Maroc, d'autre part, entre le 1er janvier 1952 et le 2 juillet 1962. Cette qualification a eu pour conséquence d'accorder la qualité de combattant aux personnes qui ont été mobilisées à cette époque, et à ce titre, de leur permettre de bénéficier des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. Cette loi est entrée en vigueur au lendemain de sa publication, soit le 19 octobre 1999.

Le décret n°2010-890 du 29 juillet 2010 portant attribution du bénéfice de la campagne double a, à son tour, permis que les militaires et les fonctionnaires civils dans le cadre des conflits cités par la loi du 18 octobre 1999 bénéficient de la campagne double[1] pour toute journée durant laquelle ils avaient pris part à une action de feu ou de combat. Seules les pensions liquidées postérieurement à la loi du 18 octobre 1999 ont pu faire l'objet d'une révision.

La rédaction retenue par le décret du 29 juillet 2010 a permis de rendre la mesure directement applicable aux régimes spéciaux, dans les mêmes conditions que pour les fonctionnaires civils et militaires[2]. En effet, les règles de la plupart des régimes spéciaux[3], en matière de prise en compte des bénéfices de campagne pour la constitution du droit à pension, renvoient aux dispositions applicables à la fonction publique (cf. « *ces bénéfices de campagne étant attribués et décomptés conformément aux dispositions applicables aux fonctionnaires civils de l'Etat* » ou « *conformément aux dispositions de l'article L. 12 (c) du code des pensions civiles et militaires de retraite* »).

Toutefois, seuls les militaires ayant liquidé leur pension après le 19 octobre 1999 pouvaient bénéficier de la mesure, alors que la grande majorité des appelés et la quasi-totalité des militaires ayant combattu en Afrique du Nord ont liquidé leur pension avant cette date. Dès lors, cette mesure n'a en pratique bénéficié qu'à un nombre limité d'assurés.

C'est pourquoi la loi de finances pour 2016 a étendu le dispositif aux pensions liquidées avant le 19 octobre 1999, mais pour les seuls fonctionnaires.

En considération de la jurisprudence du Conseil d'Etat (décision n° 366253 du 13 juin 2013) selon laquelle la loi du 18 octobre 1999, de portée non rétroactive, ne permet pas au pouvoir réglementaire de procéder à une révision des pensions liquidées avant son entrée en vigueur, l'article 132 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016 a permis la révision des pensions de retraite des fonctionnaires civils et militaires, à la demande des intéressés, à compter du 1er janvier 2016.

Néanmoins, l'article 132 de la loi de finances pour 2016 n'autorisant la révision des pensions que pour celles « *liquidées en application du code des pensions civiles et militaires de retraite* », il n'a pas permis l'application de la mesure aux assurés des autres régimes spéciaux.

En effet si la réglementation de la plupart des régimes spéciaux prévoit bien la prise en compte du bénéfice de campagne pour la constitution du droit à pension, par renvoi au code des pensions civiles et militaires de retraite (cf.

---

[1] Si le principe des bonifications pour campagne est prévu au niveau législatif (L.12, c du code des pensions civiles et militaires de retraite), la nature et la durée des bénéfices de campagne attribués sont fixées par voie de décisions des ministres (R.19 du CPCMR). Il s'agit d'avantages particuliers accordés aux militaires ainsi qu'aux fonctionnaires et assimilés. L'attribution de la campagne double signifie que chaque jour de service effectué est compté pour trois jours dans le calcul de la pension de retraite. Ces bonifications s'ajoutent dans le décompte des trimestres liquidés aux périodes de services militaires ou assimilées au moment de la liquidation de la pension de retraite.

2 La seule exception a concerné le régime des marins, dont les bonifications pour campagne double sont prévues à l'article L. 5552-17 du code des transports. La transposition de la mesure ne s'est faite que deux ans plus tard suite à une injonction du Conseil d'Etat par un arrêt en date du 16 mai 2012, qui a ordonné au Gouvernement de reconnaître les mêmes droits à tous les marins ayant pris part à des guerres au service de la France. C'est donc le décret n°2013-992 du 6 novembre 2013 qui a tiré les conséquences de la décision du Conseil d'Etat. Sur le modèle du dispositif prévu par le décret du 29 juillet 2010, il a été choisi de limiter l'attribution de la bonification aux périodes pendant lesquelles les intéressés ont subi l'épreuve du feu et aux seuls marins ayant liquidé leur retraite après l'entrée en vigueur de la loi du 18 octobre 1999.

[3] Exemple pour les assurés du régime spécial de la SNCF : article 9 du décret n° 2008-639 du 30 juin 2008 : « 2° Les bénéfices de campagne acquis au titre des services militaires validés, ces bénéfices de campagne étant attribués et décomptés conformément aux dispositions applicables aux fonctionnaires civils de l'Etat. (...). »

supra), les pensions ainsi calculées n'en sont pas moins des pensions liquidées en application des décrets spécifiques régissant chaque régime spécial de sécurité sociale concerné.

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

Il s'agit de permettre aux assurés des régimes spéciaux ayant participé à des actions de feu et de combat en Afrique du Nord entre 1952 et 1962 et qui ont liquidé leur pension avant le 19 octobre 1999 de bénéficier, dans les mêmes conditions que pour les fonctionnaires civils et militaires, de l'attribution de la campagne double pour chaque jour où ils ont pris part à ces actions de feu et de combat.

La présente mesure reprend la disposition créée par l'article 132 de la loi de finances pour 2016 en l'élargissant à toutes les pensions de retraite, pour les régimes liquidant en tenant compte des bénéfices de campagne, afin de répondre aux nombreuses réclamations portées par les assurés des régimes spéciaux devant les commissions de recours amiable des régimes.

Les assurés des régimes concernés sont ceux bénéficiant, au titre de la réglementation de leur régime , de la prise en compte pour la constitution de leur droit à pension du droit à campagne prévu en application du c de l'article L. 12 du code des pensions civiles et militaires de retraite : il s'agit donc des régimes de la SNCF, des industries électriques et gazières (IEG), des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (CNRACL), de la RATP, de l'Opéra national de Paris et de la Comédie-Française.

La présente mesure a donc pour objet de rétablir l'équité de traitement entre l'ensemble des assurés pouvant faire prendre en compte dans la constitution de leurs droits à pension les bénéfices de campagne, dès lors que ces derniers sont « *attribués et décomptés conformément aux dispositions applicables aux fonctionnaires civils de l'Etat* » ou « *conformément aux dispositions de l'article L. 12 (c) du code des pensions civiles et militaires de retraite* » (cf. supra).

Une mesure similaire a d'ailleurs déjà été prise récemment pour les marins dans le cadre de la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue[1].

a) Mesure proposée

La mesure proposée étend aux assurés des régimes spéciaux le dispositif prévu par l'article 132[2] de la loi de finances pour 2016 en retenant les mêmes conditions d'entrée en vigueur et de rétroactivité que celles appliquées aux fonctionnaires civils et militaires.

Elle permet ainsi la révision des pensions de retraite liquidées avant le 19 octobre 1999, sur la demande des intéressés déposée postérieurement au 1er janvier 2016 et à compter de cette demande, afin de prendre en compte le droit à campagne double prévu en application du c de l'article L. 12 du code des pensions civiles et militaires de retraite, au titre de leur participation à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc.

Les arrérages de pension seront versés uniquement à compter de la date de la demande, dès lors que cette demande a été présentée à partir du 1er janvier 2016, afin de garantir aux assurés des régimes spéciaux les mêmes droits qu'aux fonctionnaires civils et militaires.

Dans la mesure où l'article 48 de la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue ne permet la révision des pensions de retraite des marins que pour les demandes déposées après la date d'entrée en vigueur de ladite loi, c'est-à-dire uniquement pour celles déposées postérieurement au 21 juin 2016, il est proposé par cohérence de modifier cet article afin d'appliquer la même date d'entrée en vigueur et de rétroactivité de la mesure pour l'ensemble des assurés concernés.

b) Autres options possibles

Le *statu quo* ne semble pas opportun, compte tenu des inégalités de traitement que la législation actuelle engendre au détriment des assurés des régimes spéciaux.

---

[1] L'article 48 prévoit ainsi que « Les pensions de retraite des marins liquidées avant le 19 octobre 1999 peuvent être révisées à la demande des intéressés, déposée après la date d'entrée en vigueur de la présente loi, et à compter de cette demande, afin de bénéficier des dispositions du 1° de l'article L. 5552-17 du code des transports relatives à la prise en compte, pour le double de leur durée, des périodes de services militaires en période de guerre, au titre de leur participation à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc, selon les modalités en vigueur à la date de promulgation de la présente loi. »

[2] Article 132 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016 : « Les pensions de retraite liquidées en application du code des pensions civiles et militaires de retraite avant le 19 octobre 1999 peuvent être révisées à la demande des intéressés, déposée après le 1er janvier 2016, et à compter de cette demande, afin de prendre en compte le droit à campagne double prévu en application du c de l'article L. 12 du même code, au titre de leur participation à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc, selon les modalités en vigueur à la date de promulgation de la présente loi. »

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

Cette mesure trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, s'agissant de la création d'un nouvel avantage de retraite à la charge des régimes spéciaux de retraite.

II. Consultations 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.

Il convient de rappeler que 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 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

Ce choix n'a pas été retenu, compte tenu du caractère non pérenne de l'avantage en cause et de son application à des régimes régis par des décrets spécifiques.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mise en œuvre de la disposition législative s'accompagnera de la modification, par cohérence, du décret n°2010-890 du 29 juillet 2010 portant attribution du bénéfice de la campagne double aux anciens combattants en Afrique du Nord liquidant leurs pensions de retraite à compter du 19 octobre 1999.

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

Aux fins d'évaluation de l'impact de cette mesure, un recensement – non exhaustif – des demandes d'ores et déjà présentées à ce jour auprès des régimes spéciaux (avant même la présentation de cette mesure législative) a été réalisé.

Sur les six premiers mois de l'année 2016 :

- 850 demandes ont été déposées auprès de la CNIEG (industries électriques et gazières) sur une population de 13 000 pensionnés potentiellement concernés ;
- 200 demandes ont été déposées auprès de la CNRACL (fonctionnaires territoriaux et hospitaliers) sur 53 000 pensionnés potentiellement concernés ;
- 2 200 demandes ont été présentées auprès de la CPRP SNCF, dont 57 saisines faites devant la commission de recours amiable ;
- 80 demandes ont été présentées devant la commission de recours amiable de la CRP RATP ;
- aucune demande n'a été présentée auprès de la caisse de retraite de l'Opéra (sur 45 pensionnés concernés).

Sur la base de l'évaluation faite pour la mesure prise pour les fonctionnaires civils et militaires par l'article 132 de la loi de finances pour 2016, le coût de cette mesure est évalué à environ 0,5 M€ par an.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
	- 0,5	- 0,5	- 0,5	- 0,5	- 0,5

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

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

a) impacts économiques

Les assurés concernés par la présente mesure pourront voir leur pension révisée au prorata des périodes validées au titre des bénéfices de campagne et augmentée par conséquent de +0,8 % en moyenne, soit une hausse de 12 à 13 € supplémentaires par mois.

b) impacts sociaux

Il s'agit d'une mesure d'équité de traitement qui est très attendue par les assurés des régimes spéciaux qui ont, pour certains, saisi la justice. La mesure proposée vise à accorder les mêmes droits en matière de révision de pension aux personnes qui ont été mobilisées lors des combats en Afrique du Nord.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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

Il s'agit d'une mesure favorable aux assurés ne représentant pas une charge nouvelle pour ceux ayant déjà formulé une demande auprès de leur caisse de retraite, la mesure permettant l'application directe de la révision de la pension.

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

Les caisses concernées seront chargées, dans le cadre des moyens dont elles disposent, d'assurer la communication nécessaire auprès des assurés concernés pour leur permettre de faire valoir leur demande, et de procéder, le cas échéant, à la révision des pensions.

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.

Aucun texte d'application n'est nécessaire, l'entrée en vigueur de la mesure étant prévue par le seul effet de la loi.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficience. La mise en œuvre de cette mesure pourra le cas échéant faire l'objet d'un point de situation annuelle en fin d'année 2017 afin de rendre compte du nombre de demandes satisfaites par chacun des régimes.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 48 de la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue	Article 48 modifié de la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue
Les pensions de retraite des marins liquidées avant le 19 octobre 1999 peuvent être révisées à la demande des intéressés, déposée après la date d'entrée en vigueur de la présente loi, et à compter de cette demande, afin de bénéficier des dispositions du 1° de l'article L. 5552-17 du code des transports relatives à la prise en compte, pour le double de leur durée, des périodes de services militaires en période de guerre, au titre de leur participation à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc, selon les modalités en vigueur à la date de promulgation de la présente loi.	Les pensions de retraite des marins liquidées avant le 19 octobre 1999 peuvent être révisées à la demande des intéressés, **déposée** ~~*après la date d'entrée en vigueur de la présente loi*~~ **postérieurement au 1er janvier 2016**, et à compter de cette demande, afin de bénéficier des dispositions du 1° de l'article L. 5552-17 du code des transports relatives à la prise en compte, pour le double de leur durée, des périodes de services militaires en période de guerre, au titre de leur participation à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc, selon les modalités en vigueur à la date de promulgation de la présente loi.

ARTICLE 36 – Dispositions relatives aux dotations de la branche des accidents du travail

I. Présentation de la mesure

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

a) FIVA

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), créé par l'article 53 de la LFSS pour 2001, est financé par une contribution de la branche AT-MP et par une contribution de l'Etat. La contribution de la branche AT-MP est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Depuis sa création à 2016, le FIVA a été doté de 5,2 Md€ dont 4,7 Md€ provenant de la branche AT-MP. La contribution de celle-ci avait été fixée à 430 M€ en 2016 et 380 M€ en 2015. Pour 2017, le total des dépenses est évalué à 513,8 M€.

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 2015, 18 635 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, + 81 M€ pour 2014. En 2015, le Fonds a été déficitaire de 14 M€ mais son résultat cumulé est resté positif (+ 16 M€). En 2016, le déficit devrait être de 8 M€, ce qui laisserait le solde cumulé en excédent de 8 M€ fin 2016. Pour 2017, le résultat net devrait être déficitaire de 8 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, - 4,9 % en 2014 et – 4,6 en 2015. Elles devraient encore diminuer de 13,3 % en 2016. La fraction des droits sur les tabacs affectée au Fonds serait supprimée.

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, fixé en loi de financement de la sécurité sociale, 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. Cette sous-déclaration conduit la branche maladie à supporter des dépenses qui devraient relever de la branche AT/MP.

Les causes de la sous-déclaration sont multiples : 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, s'ajoutent 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.

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.

d) dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a instauré un dispositif de retraite ouvert à raison de la pénibilité. Ce dispositif, applicable depuis le 1er juillet 2011, a pour finalité d'abaisser à 60 ans l'âge légal d'ouverture du droit à pension et de calculer la pension au taux plein quelle que soit la durée d'assurance et de période reconnues équivalentes1. Il est ouvert aux assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10% reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle ».

Les dépenses supplémentaires liées à ce dispositif sont financées par le versement d'une contribution de la branche ATMP à la branche retraite2. Le montant de la contribution de la branche AT-MP du régime général à la branche retraite est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale3. Cette contribution a été fixée à 35 M€ pour 2011 puis à 110 M€ pour 2012, avant d'être réduite à zéro à partir de l'année 2013, en raison de ressources suffisantes de la CNAV et de départs anticipés moins nombreux que prévus.

Les projections de la CNAV portant sur le nombre de départs en retraite anticipée au titre de ce dispositif, estimé à 3000 bénéficiaires par an, ont fait apparaître un besoin de financement de 44,7 millions d'euros en 2016, qui n'était pas couvert par les dotations antérieures de la branche AT-MP. Cela a nécessité une dotation rectificative de 44,7 millions d'euros pour l'exercice 2016.

Pour l'année 2017, la branche retraite évalue le coût du dispositif à 59,8 millions d'euros, ce qui nécessite une dotation équivalente en provenance de la branche AT-MP. Ce montant intègre des frais de gestion annuels évalués à 0,7 millions d'euros.

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

a) Mesure proposée

- ***FIVA***

Les dépenses du Fonds au titre de l'exercice 2016 devraient s'établir à 513,7 M€, le résultat net de l'exercice à 28,8 M€ et le résultat net cumulé à 4,5 M€. Le total des dépenses pour 2017 est évalué à 513,8 M€. Compte tenu d'une dotation de l'Etat de 8M€ (dont 8% de mise en réserve) et des autres produits du fonds (estimés à hauteur de 92,2 M€), une dotation de la branche AT-MP de 400 M€ est proposée, soit une baisse de 30 M€ par rapport à l'année 2016. Ainsi, le résultat net fin 2017 serait égal à -14,2 M€ et le résultat cumulé fin 2017 s'établirait à -9,7 M€. Il convient de noter que le fonds de roulement du FIVA (90,1 M€ à fin 2017) lui permettrait d'assurer ses dépenses d'indemnisation, d'une part, et garantirait une réserve prudentielle égale à deux mois d'activité, d'autre part. Le compte prévisionnel du Fonds est présenté dans l'annexe 8 du présent projet de loi.

- ***FCAATA.***

Il est proposé de fixer la dotation au FCAATA à 626 M€ pour l'année 2017.

- ***Sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles***

Le dernier rapport, établi en 2014 par la commission présidée par M. Jean-Pierre BONIN, évalue le coût de la sous-déclaration pour la branche maladie du régime général dans la fourchette de 695 à 1 300 M€. En conséquence, les LFSS pour 2015 et 2016 ont fixé à 1 Md€ le montant de la contribution de la branche AT/MP. Pour 2017, il est proposé de reconduire ce montant, dans l'attente de l'actualisation de l'estimation, qui doit être remise au Gouvernement par la nouvelle Commission avant le 1er juillet 2017.

- ***Dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité***

Il est proposé de fixer la dotation à la branche retraite à 59,8 millions d'euros pour 2017, conformément aux prévisions de la CNAV et compte tenu de la dotation rectificative allouée au titre de l'année 2016.

b) Autres options possibles

Sans objet

---

[1] Article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale

[2] Article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, premier alinéa

[3] Article L. 242-5 de ce même code de la sécurité sociale, cinquième alinéa.

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.

d) dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité

L'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale prévoit, en son cinquième alinéa, que le montant de la contribution versée par la branche des ATMP à la branche retraite est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

II. Consultations 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 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. 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 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 -)				
	2016	2017	2018	2019	2020
CNAMTS, branche AT-MP		- 2085,8			
FIVA		+ 400			
Branche Maladie du régime général		+1000			
FCAATA		+ 626			
CNAV		+59,8			

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

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

a) impacts économiques

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 0,08 point de cotisations. Les dotations versées au FCAATA et à l'assurance maladie représentent chacune respectivement l'équivalent de 0,13 et 0,2 point de cotisations. Enfin la dotation à la branche retraite équivaut à 0,01 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.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact sur l'environnement.

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.

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 AT-MP (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.

- ***Dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité***

Le nombre de bénéficiaires de départs en retraite anticipés au titre de ce dispositif est inscrit dans les données de cadrage du PQE retraite (cadrage n° 5 : dispositifs dérogatoires).

ARTICLE 38 – Dispositif dérogatoire en faveur des victimes d'actes de terrorisme

I. Présentation de la mesure

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

La LFSS pour 2016 a instauré, au sein des régimes obligatoires de sécurité sociale, une prise en charge dérogatoire en faveur des victimes d'actes de terrorisme. Cette réforme permet notamment d'assurer, dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie, la prise en charge à 100 % (exonération du forfait journalier, des participations forfaitaires et des franchises) de tous les actes et prestations (hospitalisations, consultations médicales, médicaments, transports sanitaires…) directement liés à l'acte de terrorisme (article L. 169-2 du code de la sécurité sociale). De plus, les victimes de l'acte de terrorisme bénéficient du tiers payant sur les frais de santé (article L. 169-8 du même code), une attestation à présenter aux établissements et professionnels de santé leur étant remise à cet effet. Le droit à cette prise en charge dérogatoire est ouvert pendant une durée d'un an à compter de la survenance de l'acte de terrorisme (article L. 169-4 du même code).

Cependant, les attentats intervenus tant en France qu'à l'étranger depuis l'entrée en vigueur de la LFSS pour 2016 ont montré la nécessité de mieux articuler la prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie avec celle par les autres dispositifs d'indemnisation notamment le FGTI, pour que l'assurance maladie joue le rôle d'un guichet unique couvrant intégralement les frais de santé de la victime de l'acte de terrorisme, au-delà de son périmètre actuel de prise en charge, c'est-à-dire pour la part des honoraires et du coût des dispositifs médicaux et de l'appareillage qui excèdent les bases sur lesquelles sont calculés les remboursements de la sécurité sociale. Dans un premier temps, l'organisme d'assurance maladie couvrira intégralement, en tiers-payant, les frais de santé de la victime de l'acte de terrorisme ; dans un second temps et dans le cas le plus général, les dépenses correspondantes seront remboursées à l'assurance maladie par le FGTI (ce fonds assurant une mutualisation de l'indemnisation de ces victimes via une contribution forfaitaire prélevée sur l'ensemble des contrats d'assurance de biens) pour la période antérieure à l'offre d'indemnisation du fonds et par l'Etat pour la période postérieure à cette offre d'indemnisation.

Enfin, le dénombrement et l'identification des victimes, ainsi que leur suivi tout au long de leur parcours de soins constitue une préoccupation majeure du Gouvernement. La mise en place d'une cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV) chargée de coordonner toute l'aide à apporter aux victimes d'actes de terrorisme. La présente mesure prévoit donc la mise en place d'un dispositif de recueil des informations concernant les victimes prises en charge dans le système de santé afin de mieux les suivre tout au long de leur parcours de soins. Ces informations sont ensuite transmises à la CIAV afin qu'elle puisse exercer ses missions et notamment faciliter l'indemnisation des victimes.

L'adoption de cette réforme nécessite des dispositions législatives à inscrire dans le code de la santé publique, dans le code de la sécurité sociale, ainsi que dans le code des assurances en ce qui concerne le FGTI.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée repose sur les principes suivants :

• Une prise en charge immédiate par l'assurance maladie de tous les frais de santé rendus nécessaires par l'acte de terrorisme

La mesure envisagée ne concerne expressément que les frais de santé résultant de l'acte de terrorisme. Dans la continuité des mesures votées dans la LFSS pour 2016, les victimes de ces actes bénéficieront ainsi, au sein de leur régime d'assurance maladie, d'une prise en charge intégrale de leurs frais de santé, c'est-à-dire y compris :

- la part des honoraires excédant les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie pour les consultations, actes et prestations résultant de l'acte de terrorisme ;
- la part du coût des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et des prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale excédant les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie. Dès lors que la délivrance de ces produits, prestations ou prothèses résulte directement de l'acte de terrorisme, ces dépenses seront remboursées dans la limite des frais réellement exposés.

Toujours dans la continuité des mesures votées dans la LFSS pour 2016, la part des honoraires et du coût des dispositifs médicaux et de l'appareillage excédant les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie seront pris en charge à travers le mécanisme du tiers payant, aucune avance des frais n'étant demandée aux victimes. Toutefois, cet aspect de la réforme nécessitant d'une part des développements informatiques, d'autre part des délais d'implémentation dans les

logiciels des professionnels de santé, ce tiers payant entrera en vigueur le 1er juillet 2017 (cf. infra paragraphe IV-3-b et paragraphe V-b).

Ces dispositions sont applicables aux honoraires demandés et dispositifs médicaux et appareillages délivrés postérieurement au 14 juillet 2016 aux victimes d'actes de terrorisme n'ayant pas reçu, à cette date, d'offre d'indemnisation du FGTI, quelle que soit la date de l'attentat dont elles ont été victimes.

- ***L'articulation avec l'offre d'indemnisation du FGTI***

1°) Dans le cas le plus général, cette prise en charge dérogatoire prendra fin au moment où le FGTI présentera à la victime son offre d'indemnisation (et non à la date d'acceptation de cette offre, cette date n'étant pas certaine compte tenu des délais de recours contentieux).

Pour mémoire, la date à laquelle le FGTI présente à la victime son offre d'indemnisation correspond à la date de consolidation, c'est-à-dire la date à laquelle l'état de santé de la victime n'est plus susceptible d'évolution.

2°) Dans certains cas marginaux, la prise en charge dérogatoire pourra prendre fin soit à l'expiration d'un délai de trois ans suivant la date de survenance de l'acte de terrorisme lorsque, à cette date, aucune procédure d'indemnisation ne sera en cours auprès du FGTI, soit, le cas échéant, en cas de décision d'inéligibilité ou de refus d'indemnisation.

- ***L'articulation avec la gratuité des soins assurée par le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre***

Postérieurement à l'offre d'indemnisation du FGTI, l'assurance maladie continuera à pratiquer le tiers payant au profit des victimes ayant une forte probabilité de relever de la pension militaire d'invalidité. Cette avance des frais se poursuivra dans les conditions de la gratuité des soins attachée au bénéfice de cette pension.

Ce dispositif prendra fin :

- soit à la concession de la pension militaire d'invalidité. La victime sera alors rattachée au dispositif de gratuité des soins géré par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale ;
- soit, le cas échéant, au moment du refus de la pension militaire d'invalidité.

- ***Un financement partagé entre plusieurs financeurs***

1°) Pour l'ensemble des victimes à qui le FGTI présentera une offre d'indemnisation, ce fonds assurera, jusqu'à la date de présentation de cette offre, le financement des dépenses liées à la part des honoraires et du coût des dispositifs médicaux et de l'appareillage excédant les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie, déduction faite des sommes qui auraient été versées par d'autres dispositifs de prise en charge, qu'ils soient indemnitaires ou contractuels (couverture maladie complémentaire, notamment), en l'absence de ces dispositions dérogatoires. La prise en charge du Fonds est en effet subsidiaire.

L'Etat assurera le financement de ces mêmes dépenses dans deux cas de figure : soit lorsqu'aucune procédure d'indemnisation ne sera en cours auprès du FGTI à l'issue d'une période de trois ans suivant la survenance de l'acte de terrorisme, soit lorsque le FGTI décidera de ne pas indemniser la victime.

Un décret viendra fixer les conditions dans lesquelles seront remboursées à l'assurance maladie les sommes qui auraient été versées du chef des mêmes préjudices par d'autres dispositifs de prises en charge en l'absence des dispositions issues de la réforme.

2°) Pour les victimes qui, postérieurement à l'offre d'indemnisation du FGTI, sont susceptibles de relever de la pension militaire d'invalidité, l'Etat (ministère de la défense) assurera, jusqu'à la date de concession de la pension militaire d'invalidité (ou, le cas échéant, la notification du refus de cette pension), le financement des dispositifs médicaux et de l'appareillage dans les conditions de la gratuité des soins attachée à la pension d'invalidité.

- ***Un dispositif de recueil d'informations personnelles sécurisé***

La mise en œuvre des mesures précédentes nécessite d'identifier très précisément les victimes qui peuvent bénéficier de cette prise en charge immédiate. A cet égard le Gouvernement prévoit la mise en place d'un mécanisme de recueil des informations personnelles nécessaires à la prise en charge des victimes par établissements de santé et leur transmissions aux autorités compétentes chargées d'accompagner ces victimes, en particulier les agences régionales de santé et les agents des ministères composant la cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV).

La mesure prévoit que le dispositif ne sera activé qu'en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la CNIL précisera la nature des données et les modalités de leur transmission, afin de garantir la confidentialité de ces données personnelles.

b) Autres options possibles

Lors de la préparation de la mesure, la question s'est posée de la possibilité de limiter, voire d'interdire les dépassements d'honoraires pour les consultations, actes et prestations rendus nécessaires par l'acte de terrorisme. Cependant, cette solution a été écartée car elle paraît source d'une rupture potentielle de l'égalité de traitement.

En effet, la limitation ou l'interdiction d'honoraires excédant les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie ne pourrait, dans ce cas, être motivée par la situation financière des patients concernés (qui peuvent continuer de percevoir, par exemple, des revenus financiers importants même s'ils sont dans l'obligation temporaire d'interrompre leur activité professionnelle du fait de l'attentat).

Au demeurant, les médecins titulaires d'un droit à dépassement sont d'ores et déjà tenus de respecter, dans leurs actes et prescriptions, « *la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* » (article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale) et de fixer leurs honoraires « *avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières* » (article R. 4127-53 du code de la santé publique. Ces principes doivent, en tout état de cause, être respectés par les médecins de secteur 2 soignant les victimes d'acte de terrorisme.

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 (cette dépense n'étant pas retracée en compte de tiers), en application du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Le système d'informations pour l'identification des victimes sera financé, pour le volet santé, via le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés et s'intègre donc à l'ONDAM établissements de santé 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 sont 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 sont 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 Etats membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les Etats 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. 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 réforme :

- crée dans le code de la sécurité sociale un article L. 169-2-1 nouveau ;
- crée dans le code de la santé publique un article L. 3131-9-1 nouveau ;

● et modifie les articles L. 169-3, L. 169-4, L. 169-5, L. 169-8, L. 169-10 et L. 169-11 du code de la sécurité sociale, ainsi que l'article L. 422-2 du code des assurances.

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 applicable en vertu de dispositions spécifiques prévues par le projet d'article.*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Mesure directement applicable.*
Saint Pierre et Miquelon	*Mesure applicable en vertu de dispositions spécifiques prévues par le projet d'article.*
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, à travers l'instauration d'un guichet unique, la prise en charge de la part des honoraires et du coût des dispositifs médicaux et de l'appareillage excédant les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.

Cette charge supplémentaire donnera lieu à un remboursement, soit par le FGTI pour les victimes à qui le FGTI présentera une offre d'indemnisation, déduction faite des sommes qui auraient été versées par d'autres dispositifs de prise en charge, qu'ils soient indemnitaires ou contractuels, soit par l'Etat lorsque aucune procédure d'indemnisation n'est en cours auprès du FGTI à l'issue d'une période de trois ans suivant la survenance de l'acte de terrorisme ou que le FGTI décidera de ne pas indemniser la victime. A titre rétrospectif, on peut préciser que le nombre de dossiers ouverts au FGTI s'élève à 4 958 pour la période de trente ans allant de 1986 à 2015 répartis comme suit : 2 110 pour la période de dix ans allant de 1986 à 1995, 1 168 pour la période allant de 1996 à 2005, et 1 680 pour la période allant de 2006 à 2015. Le nombre de dossiers ouverts par année s'échelonne entre un minimum (19 en 2014) et un maximum (985 en 2015).

Le montant de la prise en charge dérogatoire est susceptible de varier dans des proportions importantes suivant les cas et la gravité des blessures. A titre indicatif, le tarif de responsabilité des prothèses auditives est de 200 €. Sur la base d'un prix moyen de 1 500 €, l'avance des frais par l'assurance maladie obligatoire s'élèverait, par année et pour chaque victime d'acte de terrorisme nécessitant un tel appareillage, à 1 300 € (2 600 € si l'appareillage porte sur les deux oreilles).

Egalement à titre d'exemple, il peut être indiqué les différents niveaux de prise en charge, par l'assurance maladie obligatoire, des fauteuils roulants électriques varient de 2 703€ (dossier non inclinable) à 3 938 € (assise adaptée aux personnes nécessitant une stabilisation de tout le corps), soit une prise en charge moyenne de 3 300 €. Le coût moyen d'un fauteuil électrique pouvant être estimé à 15 000 €, l'avance des frais par l'assurance maladie obligatoire s'élèverait, par année et pour chaque victime d'acte de terrorisme nécessitant un tel équipement, à près de 12 000 €.

Quant au système d'information pour l'identification des victimes, il est financé via le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés et intègre à ce titre l'ONDAM établissements de santé. L'Agence des systèmes d'information partagés des données de santé est bénéficiaire de ce financement dès lors qu'elle se voit confier la mission d'assistance à maitrise d'ouvrage et de développement. Le budget prévisionnel pour 2017 est estimé à 1,3 M€.

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Destinée à simplifier les démarches des victimes d'actes de terrorisme, cette réforme leur évitera d'avoir à faire l'avance des frais sur la part des honoraires et du coût des dispositifs médicaux et de l'appareillage excédant les bases sur lesquelles sont calculés les remboursements de la sécurité sociale.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Dès lors qu'elle permet une prise en charge simplifiée du coût des dispositifs médicaux et de l'appareillage, la mesure est, par sa nature même, favorable aux assurés qui, victimes d'un acte de terrorisme, se trouveront en situation de handicap suite à cet attentat.

c) impacts sur l'environnement

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

La mesure est, par sa nature même, source de simplification dès lors que les assurés victimes d'un acte de terrorisme n'auront plus à faire l'avance des frais sur la part des honoraires et du coût des dispositifs médicaux et de l'appareillage excédant les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.

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

La mesure suppose que les caisses d'assurance maladie soient en capacité de prendre en charge, à travers le mécanisme du tiers payant, des dépenses qui n'entrent pas dans le champ de l'assurance maladie. Cela nécessite d'une part des développements informatiques, d'autres part des délais d'implémentation dans les logiciels des professionnels de santé, ce qui explique que le tiers payant pour la part des honoraires et du coût des dispositifs médicaux et de l'appareillage excédant les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie n'entrera en vigueur que le 1er juillet 2017 (cf. infra paragraphe V-b).

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. Elle 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.

Pour le système d'information pour l'identification des victimes, un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés précisera la nature des données et les modalités de leur transmission, afin de garantir la confidentialité de ces données personnelles.

Conformément au IV de l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par le présent article, un décret fixera les modalités de remboursement à l'assurance maladie des sommes ayant fait l'objet de l'avance des frais.

Enfin, un décret, pris sur le fondement de l'article L. 169-12 du code de la sécurité sociale, fixera les modalités d'identification des personnes remplissant les conditions nécessaires pour bénéficier des dispositions du II de l'article L. 169-4. Ce même décret apportera à l'article D. 169-2 du code de la sécurité sociale les modifications nécessaires à l'évaluation, par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, des dépenses à la charge des différents financeurs.

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 supra (paragraphe IV-3-b), la mesure nécessite d'une part des développements informatiques, d'autres part des délais d'implémentation dans les logiciels des professionnels de santé, ce qui explique que le tiers payant pour la part des honoraires et du coût des dispositifs médicaux et de l'appareillage excédant les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie n'entrera en vigueur que le 1er juillet 2017.

c) Modalités d'information des assurés

En cas de survenance d'un acte de terrorisme, la CNAMTS assure un rôle de coordination de l'ensemble des organismes d'assurance maladie. Dans ce cadre, elle a 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 est mis en place au sein de chaque organisme d'assurance maladie, avec la désignation d'un interlocuteur unique chargé 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, notamment dans le cadre du comité de suivi des victimes d'attentats.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 169-3 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 169-3 modifié du code de la sécurité sociale**
Dès lors que leur délivrance résulte directement de l'acte de terrorisme, les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 sont remboursés dans la limite des frais réellement exposés, sans pouvoir excéder des limites fixées par arrêté en référence aux tarifs fixés en application de l'article L. 432-3.	Dès lors que leur délivrance résulte directement de l'acte de terrorisme, les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 sont remboursés dans la limite des frais réellement exposés ~~*sans pouvoir excéder des limites fixées par arrêté en référence aux tarifs fixés en application de l'article L. 432-3.*~~
Article L. 169-4 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 169-4 modifié du code de la sécurité sociale**
Hors le cas des consultations de suivi psychiatrique mentionnées à l'article L. 169-5, les articles L. 169-2 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme et jusqu'au dernier jour du douzième mois civil suivant celui au cours duquel cet acte a eu lieu.	**I**. - Hors le cas des consultations de suivi psychiatrique mentionnées à l'article L. 169-5, les dispositions des articles L. 169-2, L. 169-2-1 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme ~~*et jusqu'au dernier jour du douzième mois civil suivant celui au cours duquel cet acte a eu lieu.*~~. **Ces dispositions cessent d'être applicables :** **1° A l'issue d'un délai de deux mois suivant la notification de la décision du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances relative à la demande d'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code ;** **2° Ou, à défaut, à l'issue d'un délai de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme pour les personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à cette date auprès du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances.** **II. - Toutefois, les dispositions des 1°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 169-2 et de l'article L. 169-3 du présent code continuent de s'appliquer aux demandeurs d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre qui, à la date de présentation de l'offre mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du code des assurances, sont susceptibles d'obtenir la concession de cette pension. Ces dispositions cessent d'être applicables à la date de notification de la décision relative à la concession de la pension mentionnée à l'article L. 113-13 précité.**

	III. – Pour la mise en œuvre des dispositions du présent article : **1° Le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances notifie à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11 du présent code :** **a) La date de la notification de sa décision relative à la demande d'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du code des assurances ;** **b) L'identité des personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours auprès du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme ;** **2° Le ministère de la défense notifie à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11, la date de notification de la décision relative à la concession d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.**
Article L. 169-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 169-5 modifié du code de la sécurité sociale**
Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert pendant une période de dix ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme. La durée du bénéfice du présent article ne peut excéder deux ans.	Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, **les droits prévus aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 et à l'article L. 169-2-1 peuvent être ouverts** pendant une période de dix ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme. La durée du bénéfice du présent article ne peut excéder deux ans.

Article L. 169-8 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 169-8 modifié du code de la sécurité sociale**
Les caisses versent directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ainsi qu'aux établissements de santé le montant des prestations mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 169-2 et à l'article L. 169-3.	Les caisses versent directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ainsi qu'aux établissements de santé le montant des prestations mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 169-2**, à l'article L. 169-2-1** et à l'article L. 169-3.
Article L. 169-10 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 169-10 modifié du code de la sécurité sociale**
Le financement des dépenses résultant des articles L. 169-2 et L. 169-6 est assuré par l'Etat. Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, l'Etat prend en charge la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés.	**I. -** Le financement des dépenses résultant des articles L. 169-2 et L. 169-6 est assuré par l'Etat. **II. – Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 du présent code à qui le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances a présenté l'offre d'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code :** **1°) Le financement des dépenses résultant de l'article L. 169-2-1 du présent code est assuré par le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV ;** **2°) Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, le financement de la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais réellement exposés est assuré :** **a) jusqu'à la date de présentation de l'offre mentionnée au premier alinéa du présent II, par le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV ;** **b) à compter de la mise en œuvre du II de l'article L. 169-4, par l'Etat.** **III. - Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 du présent code à qui le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances notifie une décision de refus d'indemnisation ou pour qui aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme, le financement des dépenses mentionnées aux 1° et 2° du II est à la charge de l'Etat, déduction faite des sommes mentionnées au IV.** **IV. – Un décret fixe les conditions dans lesquelles les régimes d'assurance maladie se substituent aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 pour l'obtention des sommes qui auraient été versées par d'autres dispositifs de prises en charge des mêmes préjudices en l'absence des dispositions de l'article L.**

	169-2-1 et L. 169-3, notamment par les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 182-3.
Article L. 169-11 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 169-11 modifié du code de la sécurité sociale**
Pour la mise en œuvre des articles L. 169-2 à L. 169-8, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure un rôle de coordination des régimes obligatoires d'assurance maladie.	Pour la mise en œuvre des articles L. 169-2 à L. 169-8 **et de l'article L. 169-10**, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure un rôle de coordination des régimes obligatoires d'assurance maladie.
Article L. 422-2 actuel du code des assurances	**Article L. 422-2 modifié du code des assurances**
Le fonds de garantie est tenu, dans un délai d'un mois à compter de la demande qui lui est faite, de verser une ou plusieurs provisions à la victime qui a subi une atteinte à sa personne ou, en cas de décès de la victime, à ses ayants droit, sans préjudice du droit pour ces victimes de saisir le juge des référés. Le fonds de garantie est tenu de présenter à toute victime une offre d'indemnisation dans un délai de trois mois à compter du jour où il reçoit de celle-ci la justification de ses préjudices. Cette disposition est également applicable en cas d'aggravation du dommage. Les articles L. 211-15 à L. 211-18 sont applicables à ces offres d'indemnisation. Les offres tardives ou manifestement insuffisantes peuvent ouvrir droit à des dommages et intérêts au profit de la victime.	Le fonds de garantie est tenu, dans un délai d'un mois à compter de la demande qui lui est faite, de verser une ou plusieurs provisions à la victime qui a subi une atteinte à sa personne ou, en cas de décès de la victime, à ses ayants droit, sans préjudice du droit pour ces victimes de saisir le juge des référés. Le fonds de garantie est tenu de présenter à toute victime une offre d'indemnisation dans un délai de trois mois à compter du jour où il reçoit de celle-ci la justification de ses préjudices. Cette disposition est également applicable en cas d'aggravation du dommage. Les articles L. 211-15 à L. 211-18 sont applicables à ces offres d'indemnisation. Les offres tardives ou manifestement insuffisantes peuvent ouvrir droit à des dommages et intérêts au profit de la victime. ***Le fonds rembourse aux régimes d'assurance maladie les dépenses mentionnées aux 1° et au a du 2° du II de l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale.***

ARTICLE 39 – Continuité des droits à la prise en charge des frais de santé et au service des prestations en espèces en cas de changement de situation professionnelle

I. Présentation de la mesure

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

L'évolution du marché du travail conduit à multiplier les situations d'assurés qui exercent successivement des activités professionnelles relevant de régimes de sécurité sociale différents. Ce qui est le cas, par exemple, d'un assuré relevant du régime général au titre d'une activité salariée puis qui, à la fin son contrat, reprend une activité professionnelle relevant du régime des salariés agricoles. On dénombre ainsi chaque année plusieurs millions de contrats à durée déterminée de moins de douze mois.

En application des règles de rattachement aux différents organismes, un assuré qui change d'activité professionnelle et de régime d'affiliation est sensé « muter » c'est-à-dire changer de régime compétent pour la prise en charge des frais de santé et le service des prestations en espèce au titre de la maladie et maternité.

Or, pour les assurés en contrats courts, cette règle peut impliquer de muter le dossier de l'assuré plusieurs fois par an. En pratique, pour éviter de multiplier les démarches liées aux mutations, les régimes maintiennent ces assurés dans leur régime initial et ne les récupèrent éventuellement qu'en cas d'arrêt maladie pour le versement des indemnités journalières. Ce décalage entre le droit et la pratique n'est pas satisfaisant et nécessite une intervention du législateur pour limiter le nombre de mutations entre le régime général et le régime des salariés agricoles en ciblant prioritairement les contrats de travail courts.

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

a) Mesure proposée

Afin de limiter les mutations de ces assurés, par souci de simplification pour l'assuré mais également pour les régimes, il est proposé de créer une règle de compétence pour les assurés en CDD dont la durée est inférieure à un seuil fixé par décret qui pourrait être de douze mois, relevant successivement du régime général et du régime salarié agricole (MSA) permettant à ces assurés de demeurer dans l'organisme dans lequel ils se trouvent initialement. Les activités salariées (RG) et salariées agricoles (MSA) devront être exercées sans affiliation à un autre régime dans l'intervalle, par exemple au régime social des indépendants ou celui des exploitants agricoles.

L'assuré conservera toujours la possibilité de s'adresser aux organismes du régime correspondant à son activité professionnelle du moment s'il souhaite les rejoindre, notamment en raison des spécificités qu'ils offrent (les caisses de MSA par exemple permettent aux assurés de bénéficier d'un « guichet unique » pour l'ensemble de leur protection sociale).

Le régime initial sera compétent pour la prise en charge des frais de santé mais également, pour le compte le cas échéant de l'autre régime, pour le service des prestations en espèces. Ceci sera facilité par le fait que les règles applicables pour les indemnités journalières sont les mêmes dans les 2 régimes et par l'intégration financière entre eux, qui permet de ne pas effectuer de refacturations chronophages. Dès lors, l'assuré sera rattaché à un seul et même régime pour l'ensemble de ses prestations maladie.

Pour les contrats dont la durée dépasse le seuil mentionné plus haut, les règles actuelles de rattachement aux régimes de sécurité sociale continuent de s'appliquer c'est-à-dire que l'assuré sera rattaché au régime de son activité professionnelle. Cette opération sera effectuée par les organismes sur la base des informations dont ils disposent (déclaration sociale nominative ou déclaration préalable à l'embauche) en limitant à l'extrême les sollicitations des assurés.

Toutefois, l'assuré « mutera » automatiquement dans le régime de son activité professionnelle lorsqu'interviendra une déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle, compte tenu des conséquences que ces évènements entraînent, notamment du point de vue de la tarification de l'entreprise et plus généralement des relations importantes entre la caisse et l'employeur en cas d'AT-MP : l'assuré sera alors géré pour tous les risques par les organismes du régime correspondant à la branche à laquelle appartient l'entreprise dans laquelle l'accident du travail ou la maladie professionnelle est intervenu.

Une mesure législative est nécessaire pour permettre la liquidation des indemnités journalières pour le compte de l'autre régime salarié.

b) Autres options possibles

Une autre option consisterait à permettre à un assuré de rester indéfiniment dans son régime « historique » au lieu de muter entre le régime général et le régime des salariés agricoles. Cette mesure présente deux limites qui font obstacle à sa mise en œuvre :

- d'une part, elle suppose, en cas de subrogation, que chaque régime gère des relations financières avec des employeurs qu'il ne connaît pas aujourd'hui ;
- d'autre part, elle peut être perçue comme une remise en cause des fondements professionnels des régimes puisqu' un assuré pourrait durablement n'avoir aucune relation avec les régimes correspondant à la branche à laquelle il appartient.

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

La mesure affecte les règles de rattachement des assurés aux différents régimes donc le volume des dépenses à la charge de chacun des régimes. La mesure trouve ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

En outre, en supprimant les mutations pour les salariés justifiant de contrats de moins de six mois / douze mois, la mesure s'inscrit dans le sens de la réforme de la protection universelle maladie et donc de ses effets importants concernant le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale (MSA et RG). A ce titre, la mesure trouve également sa place en 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 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

Cette mesure conduit à la création de 2 articles (L. 160-18 et L. 172-1 du code de la sécurité sociale) et pour des raisons d'articulation ou de coordination à des modifications limitées de l'article L. 160-17 du même code et à la renumérotation des actuels articles L. 172-1 A et L. 172-1 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	*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 n'a pas d'effet sur le niveau agrégé des prestations, mais elle conduit à mettre à la charge du régime général des prestations qui auraient relevé du régime agricole et réciproquement.

En revanche, en supprimant les mutations pour les salariés justifiant de contrats de moins de six mois / douze mois, la mesure devrait conduire à limiter le nombre de mutations croisées entre les régimes d'environ 2 fois 25 000 (25 000 dans chaque sens), engendrant des économies de gestion qu'on peut estimer à environ 3 M€.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Assurance maladie	-	3	3	3	3

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Cette mesure renforcera l'accès aux prestations et facilitera les démarches administratives des salariés exerçant des activités à durée déterminée.

- ***Impact sur les jeunes***

Cette mesure évite les situations de rupture de droits pour les personnes changeant souvent de situation professionnelle, et tout particulièrement pour les personnes en CDD. Les jeunes sont particulièrement concernés par ces situations. C'est ainsi que 41% des CDD courts agricoles concernent des salariés de moins de 25 ans.

- ***impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes***

Sans objet.

- ***Impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Cette mesure permet de limiter les démarches des assurés en contrats courts vis-à-vis de leurs organismes de sécurité sociale en cas de changement d'activité professionnelle.

Aujourd'hui on dénombre environ 2 fois 150 000 mutations entre le régime général et les régimes agricoles (150 000 dans chaque sens). Une partie significative, estimée à un tiers, concerne des personnes en CDD de moins de 12 mois et une grande partie de ces mutations pourront être évitées.

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

Cette mesure implique de développer des systèmes d'information afin de permettre au régime général et au régime des salariés agricoles de disposer des informations relatives à la situation professionnelle (montant des rémunérations notamment) de l'assuré afin de lui servir les prestations en espèces.

La mesure traite de manière totalement symétrique les organismes du régime général et les organismes du régime agricole. Les CDD courts et contrats saisonniers concernent une part importante des assurés du régime agricole (850 000 salariés dont 225 000 ayant bénéficié de prestations).

Aujourd'hui on peut estimer que 50 000 salariés en CDD courts passent chaque année du régime général au régime agricole et autant dans l'autre sens. La mesure agira de manière symétrique sur chacun de ces flux. Une partie des « sortants », ceux dont l'emploi suivant est toujours un CDD court, ne seront plus amenés à quitter leur régime. Par ailleurs chacun des 2 régimes continuera de connaître des entrées en CDD courts puisque les salariés qui n'avaient pas eu d'activité auparavant seront affiliés dans le régime de leur premier emploi, quelle que soit la caractéristique de leur contrat. Ceci concerne tout particulièrement les jeunes à l'issue de leurs études. Pour bon nombre d'entre eux, le premier emploi est souvent dans le secteur agricole, comme en témoigne les chiffres très importants cités ci-dessus.

Au total on peut estimer que chacun des flux d'entrée et de sortie de CDD dans les 2 régimes seront réduits d'environ 50%. Au total la mesure n'affectera pas les effectifs de chacun des 2 régimes. Elle facilitera néanmoins leur fonctionnement en évitant des mutations inutiles.

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

En supprimant les mutations pour les salariés justifiant de contrats de moins de douze mois, la mesure s'inscrit dans le sens de la réforme de la protection universelle maladie et donc de ses effets concernant le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale (MSA et RG).

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 d'un décret afin de déterminer les conditions dans lesquelles sont effectuées les mutations à l'initiative des caisses.

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, en ce qu'elle assouplit les conditions de mutations, notamment pour tous les assurés qui le souhaitent, pourra entrer en vigueur au 1er janvier 2017 même si sa pleine mise en œuvre nécessitera des développements

informatiques complémentaires par les caisses pour organiser totalement, sous leur responsabilité, les mutations des salariés dont la situation est la plus stable. Compte tenu de l'avance qu'ont les caisses de MSA en ce qui concerne le rattachement des nouveaux salariés (effectué sur la base des déclarations préalables à l'embauche), il est possible que de manière temporaire les effets de la mesure ne soient pas symétriques et que les effectifs de salariés affiliés à la MSA augmentent quelque peu.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Il appartiendra aux caisses d'assurance maladie d'informer les assurés de ces nouvelles dispositions.

d) Suivi de la mise en œuvre

Il sera demandé aux régimes de mettre en place un suivi précis des salariés affiliés en CDD courts et de leurs caractéristiques afin de veiller aux évolutions pouvant affecter le parcours de cette population sensible.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 160-17 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 160-17 (modifié) du code de la sécurité sociale**
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 frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle. Ce décret 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, la personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ou leur concubin. (….)	**L**a prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est**, sous réserve des dispositions de l'article L. 160-18,** 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 frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle. Ce décret 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, la personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ou leur concubin. (….)
	Article L. 160-18 (nouveau) du code de la sécurité sociale
	En cas de changement d'organisme assurant la prise en charge des frais de santé d'une personne, l'organisme qui assure cette prise en charge ne peut l'interrompre tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui. Il continue d'assurer la prise en charge des frais de santé jusqu'à la date à laquelle la substitution prend effet. **Le changement d'organisme de rattachement est effectué à l'initiative du bénéficiaire de la prise en charge mentionnée à l'article L. 160-1 ou, dans les cas suivants et dans des conditions fixées par décret, par l'organisme mentionné au premier, deuxième ou troisième –alinéa de l'article L. 160-17, après en avoir informé le bénéficiaire :** **1° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité salariée en contrat à durée indéterminé ou en contrat à durée déterminée lorsque la durée de ce**

	dernier est supérieure à un seuil fixé par décret ; **2° En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, lorsqu'au moment de la déclaration de cet accident ou de cette maladie la victime n'était pas rattachée pour la prise en charge de ses frais de santé à l'organisme compétent pour servir les prestations liées à cet accident ou cette maladie ;** **3° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité le conduisant à relever d'une organisation spéciale de sécurité sociale au sens de l'article L. 711-1 ou des dispositions mentionnées à l'article L. 382-15 ou entreprend des études le conduisant à relever des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 160-17 ;** **4° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité non salariée agricole à titre exclusif ou principal, ou lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité de travailleur indépendant non agricole sans exercer une autre activité ;** **5° Lorsqu'un des organismes chargé de la prise en charge des frais de santé d'une personne relevant du 3° du présent article constate au vu des éléments dont il dispose et après en avoir informé l'organisme appelé à lui succéder, que cette personne ne remplit plus les conditions pour pouvoir lui être rattachée.** **Les personnes rattachées pour la prise en charge de leurs frais de santé à un organisme qui couvre, à titre complémentaire, tout ou partie –de la participation fixée en application des dispositions des articles L. 160-13 à L. 160-15 ne peuvent être tenues de rembourser les frais pris en charge par cet organisme, au titre d'une période au cours de laquelle elles ne pouvaient plus lui être rattachées, à raison de l'absence de démarche de leur part en vue de changer d'organisme de rattachement dans les cas autres que ceux mentionnés aux 1° à 3°, qu'à hauteur de la part de la participation fixée en application des dispositions des articles L. 160-13 à L. 160-15 couvertes par l'organisme auquel elles ont continué d'être rattachées.**
Article L. 161-15-2 du code de la sécurité sociale	**Article L. 161-15-2 (modifié) du code de la sécurité sociale**
Si une personne relève d'un régime d'assurance maladie autre que celui au titre duquel les prestations sont servies, l'organisme qui les sert ne peut les interrompre tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui ; il les garde à sa charge jusqu'à cette date.	~~*Si une personne relève d'un régime d'assurance maladie autre que celui au titre duquel les prestations sont servies, l'organisme qui les sert ne peut les interrompre tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui ; il les garde à sa charge jusqu'à cette date.*~~ **En cas de changement d'organisme d'affiliation, l'organisme qui assure le service des prestations en espèces ne peut l'interrompre tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui. Il continue d'assurer ce service jusqu'à la date à laquelle la substitution prend effet.**

Section II « Coordination du régime agricole et des autres régimes »	**Section II « Coordination du régime agricole et des autres régimes »**
	Article L. 172-1 (nouveau) du code de la sécurité sociale
	Lorsqu'un assuré en contrat à durée déterminée, d'une durée inférieure ou égale au seuil mentionné au 1° de l'article L. 160-18 peut bénéficier d'indemnités journalières au titre de la maladie ou de la maternité du régime de protection sociale des salariés agricoles mais est rattaché pour la prise en charge de ses frais de santé à un organisme du régime général de sécurité sociale ou lorsqu'il peut bénéficier d'indemnités journalières au titre de la maladie ou de la maternité du régime général de sécurité sociale mais est rattaché pour la prise en charge de ses frais de santé à un organisme du régime de protection sociale des salariés agricoles, l'organisme auquel il est rattaché pour la prise en charge de ses frais de santé assure le versement des indemnités journalières dues au titre de l'activité pour laquelle il est affilié ou, le cas échéant, le versement global des indemnités journalières dues par les deux régimes. **La compensation financière de ces opérations s'effectue entre les régimes concernés selon les modalités prévues pour l'application des dispositions mentionnées à l'article L. 134-4.**
Section III « Coordination entre divers régimes »	**Section III « Coordination entre divers régimes »**
Sous-Section 1 « Détermination du régime d'assurance maladie »	**Sous-Section 1 (modifiée)** ~~**« Détermination du régime d'assurance maladie »**~~ **« Assurance Maladie - Maternité »**
Article L. 172-1 A du code de la sécurité sociale	**Article L. 172-2 du code de la sécurité sociale**
Lorsque, 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 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, 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 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.
Sous-Section 2 « Assurance invalidité »	**Sous-Section 2 « Assurance invalidité »**

Article L. 172-1 du code de la sécurité sociale	Article L. 172-3 du code de la sécurité sociale
Il est institué une coordination entre régimes d'assurance invalidité pour les personnes ayant relevé successivement ou alternativement soit de régimes de salariés, soit d'un régime de salariés et d'un régime de non salariés, soit de plusieurs régimes de travailleurs non salariés. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles sont ouverts et maintenus les droits à pension d'invalidité dans les régimes en cause, ainsi que les conditions dans lesquelles sont calculés ces droits, lorsque le montant de la pension servie par le régime représente une fraction annuelle des revenus moyens correspondant aux cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance les plus avantageuses. Les dispositions du présent article s'appliquent également au régime d'assurance invalidité des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.	Il est institué une coordination entre régimes d'assurance invalidité pour les personnes ayant relevé successivement ou alternativement soit de régimes de salariés, soit d'un régime de salariés et d'un régime de non salariés, soit de plusieurs régimes de travailleurs non salariés. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles sont ouverts et maintenus les droits à pension d'invalidité dans les régimes en cause, ainsi que les conditions dans lesquelles sont calculés ces droits, lorsque le montant de la pension servie par le régime représente une fraction annuelle des revenus moyens correspondant aux cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance les plus avantageuses. Les dispositions du présent article s'appliquent également au régime d'assurance invalidité des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

ARTICLE 40 – Expérimentation portant sur la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans

I. Présentation de la mesure

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

L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des phases de la vie caractérisées par la transition, la construction de l'identité et l'acquisition de l'autonomie. Ces périodes sont sujettes à la vulnérabilité des jeunes qui vont exprimer des besoins variés, en fonction de leur âge, de leur niveau de maturité et de leur environnement. En France, on estime qu'entre 10 à 20 % des jeunes sont en situation de mal-être, situation possiblement accrue par leurs conditions de vie ou leurs difficultés scolaires, alors que moins de la moitié d'entre eux déclarent avoir consulté un psychologue ou un psychiatre. Pourtant, la souffrance, le handicap, la stigmatisation, la discrimination et les comorbidités associées aux troubles mentaux chez les jeunes ont des conséquences significatives en termes de santé publique et d'impact économique et social.

La prise en charge de ces situations est insuffisante, faute de repérage, et du fait de nombreuses difficultés d'accès aux soins de santé mentale pour les jeunes, tenant à de multiples facteurs : saturation des dispositifs tels que les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), barrières financières d'accès aux prises en charge libérales, faibles connaissances en santé mentale, stigmatisation, gêne, absence de soutien parental, …

L'offre est également marquée par une insuffisante coordination des professionnels, en particulier entre les champs sanitaire, social, scolaire et éducatif (en particulier entre le médecin généraliste et le médecin scolaire). Le réseau des maisons des adolescents tente de pallier ces carences en proposant des dispositifs à dimension pluri-partenariale et pluridisciplinaire accueillant les adolescents de 11 à 25 ans, leur famille et les professionnels pour assurer des missions d'accueil, d'écoute, d'information, d'évaluation des situations et d'orientation vers des prises en charge spécialisées. L'actualisation en cours de leur cahier des charges national réaffirme leur place privilégiée comme lieu ressource sur l'adolescence.

Les prises en charges des jeunes devraient se focaliser sur des interventions précoces pour renforcer les facteurs de protection des jeunes, éviter l'apparition des troubles et des comorbidités associées, et prévenir les aggravations. Ces prises en charge nécessitent une approche développementale globale, proposant des interventions psychosociales de première intention, sans recours à la médication. De plus, elles doivent intégrer l'utilisation d'interventions fondées sur internet et les applications mobiles.

Face à l'ensemble de ces constats, il est proposé de mettre en place une expérimentation dans trois territoires, coordonnée par les maisons des adolescents et pilotée par les agences régionales de santé en lien avec les inspections académiques, ayant pour objectif de repérer de façon précoce les jeunes de 11 à 21 ans en souffrance psychique et de réduire leur souffrance psychique *via* un accès facilité à un dispositif de prise en charge adapté.

La mise en œuvre de cette expérimentation, qui déroge aux règles de prise en charge par l'assurance maladie, nécessite l'intervention du législateur.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé d'organiser une expérimentation pour une durée de trois ans, afin de mettre en œuvre des parcours de prise en charge et d'accompagnement du jeune selon trois étapes (cf. schéma en annexe) :

1) Repérage des signes de souffrance psychique chez un jeune de 11 à 21 ans par différents acteurs en contact avec les jeunes (proches, professionnels de l'Education nationale et de l'enseignement supérieur, professionnels de santé, éducateurs et travailleurs sociaux, etc.) et orientation vers un médecin chargé de l'évaluation des difficultés et de la souffrance psychique du jeune (médecin traitant, médecin généraliste, médecin scolaire ou pédiatre). Le repérage pourra s'effectuer à l'aide du guide « Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent ». Les acteurs du repérage informeront le jeune et les titulaires de l'autorité parentale pour les moins de 16 ans de l'existence du dispositif et les accompagneront pour la prise de rendez-vous médical.

2) Evaluation de la situation globale du jeune, comprenant une évaluation psychosociale et un examen somatique, par un médecin puis orientation vers un psychologue clinicien si nécessaire pour des consultations.

3) Prise en charge et accompagnement psychologique (encadrée par deux séances de bilan : initiale et finale) par un psychologue clinicien, comprenant 10 séances maximum pour le jeune et 2 séances de soutien à la parentalité pour les parents ou les titulaires de l'autorité parentale, donnant lieu à une prise en charge par l'assurance maladie sur une base forfaitaire. En parallèle, les parents ou titulaires de l'autorité parentale pourront également assister à des groupes de

parole, des sessions de soutien à la parentalité ou autres actions proposées par les maisons des adolescents. A l'issue de la prise en charge, le psychologue enverra un courrier de bilan au médecin évaluateur adresseur.

Différents outils nécessaire à l'expérimentation seront élaborés pour faciliter l'action des professionnels et les modalités d'évaluation seront précisées par décret.

b) Autres options possibles

Compte tenu de la saturation de l'offre en matière de prise en charge pour les jeunes, et de l'enjeu épidémiologique sur cette population des 11-21 ans, il apparaît nécessaire de rechercher des voies nouvelles d'action.

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

La présente mesure trouver sa place en LFSS en application du 1° du C du V de l'article LO 111-3 du CSS au titre de son impact sur l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie, puisque les crédits du fonds d'intervention régionale qui finance la mesure sont constitués d'une dotation de l'assurance maladie, votée dans la loi de financement au sein de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie dont elle constitue le 5e sous-objectif ; dans l'hypothèse d'une généralisation de l'expérimentation qui sera étudiée à son issue, la prise en charge des dépenses de consultations serait assurée par l'assurance maladie au titre du risque (dans le cadre du 1er sous-objectif de l'ONDAM).

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

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

S'agissant d'un dispositif expérimental, il n'est pas codifié.

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 Martin et Saint Barthélémy	*Sans objet*
Saint Pierre et Miquelon	*Non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	*Non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le dispositif expérimental est prévu sur trois territoires, incluant 500 jeunes par territoire, pour une durée de trois ans, soit un total de 1 500 jeunes.

Pour chaque protocole de prise en charge, il est prévu une consultation de repérage et d'évaluation par un médecin, puis une orientation si nécessaire vers un psychologue libéral agréé, avec un forfait de 10 consultations maximum pour les jeunes et de deux consultations pour les parents.

Compte tenu du coût moyen des consultations en vigueur, le montant total s'élèverait à 633 000 euros, auquel il convient d'ajouter un forfait permettant d'assurer la coordination du dispositif ainsi que de son évaluation, soit un total, pour l'ensemble des trois années, de 1,4 M€ de dépenses des ARS au titre du fonds d'intervention régionale, lui-même financé par l'assurance maladie via une dotation annuelle constituant le 5e sous-objectif de l'ONDAM (dont 411 000 € pour la première année).

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Régime de base d'assurance maladie (dotation au FIR)		- 0,4	- 0,5	- 0,5	

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Les impacts sociaux attendus sont :

- l'amélioration de l'accès aux soins pour les jeunes, en souffrance psychique,
- la diminution des troubles mentaux sévères à l'âge adulte,
- la diminution des inégalités en termes d'accès aux soins et de prise en charge.

- **impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes**

Le dispositif concerne la population des jeunes en souffrance psychique, quel que soit le genre.

- **impact sur les jeunes**

Les jeunes de 11 à 21 ans sont la population ciblée par le dispositif, pour lequel est attendu un impact en termes de réussite scolaire, d'insertion sociale et de réduction des troubles mentaux.

- **impact sur les personnes en situation de handicap**

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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

Le dispositif vise à faciliter l'accès aux soins pour les jeunes. Ceux-ci seront orientés par le médecin et grâce à l'appui des maisons des adolescents. La continuité de leur parcours sera garantie et leurs consultations de psychologues seront prises en charge, selon des modalités définies par décret. Des outils de liaison entre professionnels seront mis en place, notamment lettre de sortie du dispositif pour le jeune adressé par le psychologue au médecin adresseur.

Toutes les démarches administratives seront simplifiées pour les jeunes, qui seront également destinataires d'informations sur l'offre de proximité disponible.

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 concernées seront associées à la préparation du dispositif et des conventions seront établies entre acteurs 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.

Les modalités de mise en œuvre seront déterminées par décret, à publier au premier trimestre 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.

Aucun.

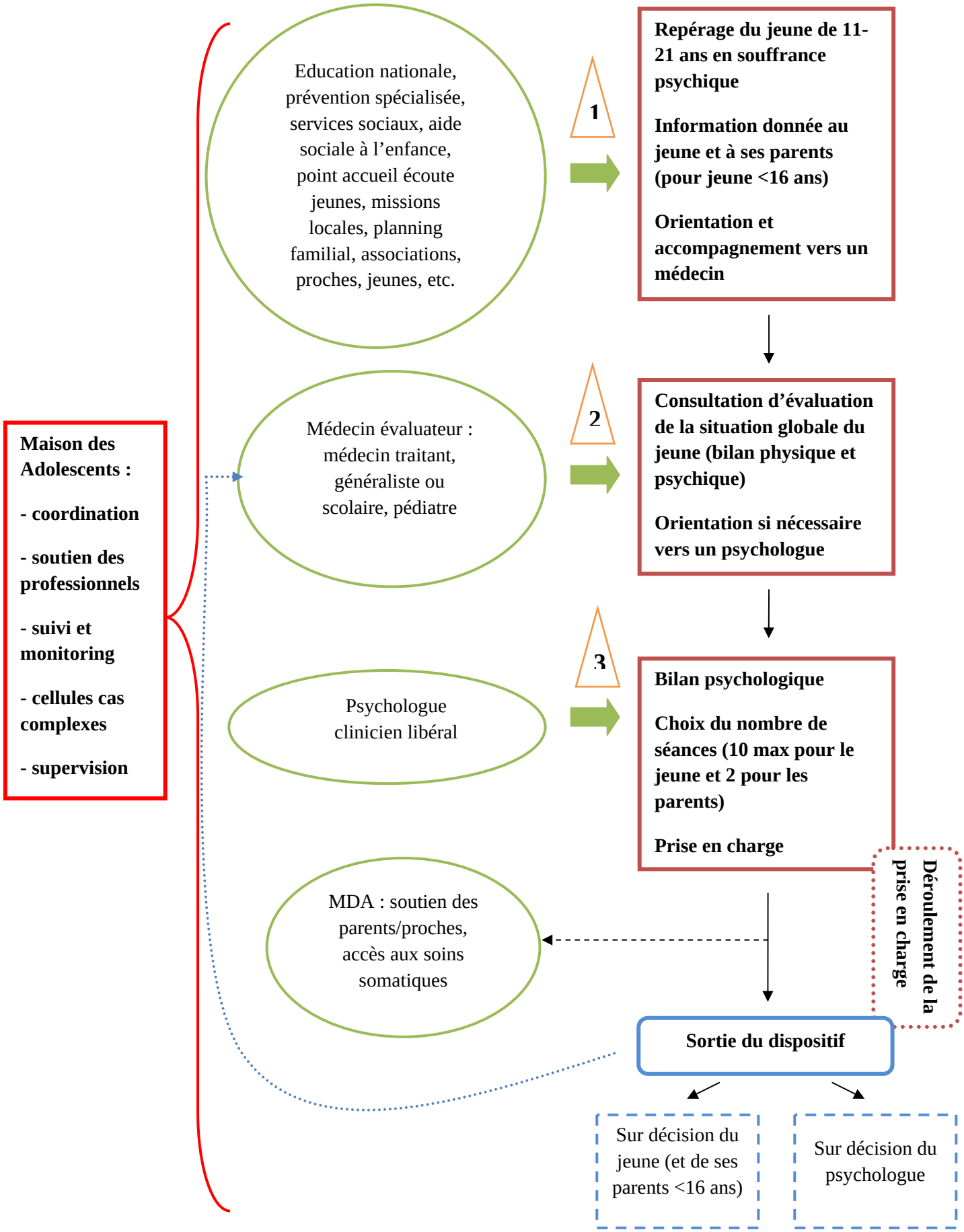
c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Ces modalités seront arrêtées dans le cadre de l'expérimentation, l'un des objectifs étant précisément de développer l'information des jeunes via des outils numériques.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le dispositif expérimental comporte un volet d'évaluation dont les modalités seront précisées par décret. Un rapport sera adressé au Parlement à l'issue de cette expérimentation, afin d'envisager le cas échéant les modalités de sa généralisation.

Annexe – Déroulement de la prise en charge du jeune en souffrance psychique dans le cadre de l'expérimentation



ARTICLE 41 – Extension des missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD)

I. Présentation de la mesure

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

L'absence de possibilité pour les CAARUD de délivrer des médicaments concourant à la réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues est un frein à l'accès aux soins pour les usagers de drogues à risques. En effet, pour de nombreux usagers, le CAARUD est la seule structure qu'ils fréquentent permettant un accès au soin.

Or la distribution au détail des médicaments est réservée aux pharmaciens d'officines de pharmacie (articles L. 4211-1 et L. 5125-1 du CSP).

Si d'autres établissements peuvent être autorisés à dispenser des médicaments, c'est en vertu d'une autorisation législative : les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (article L. 3411-5), les centres de transfusion sanguine (article L. 1223-2), les services départementaux d'incendie et de secours (article L. 5126-13).

Or, s'agissant des CAARUD, aucune disposition législative ne leur permet actuellement de dispenser des médicaments.

De plus, l'article L. 5126-6 du CSP dispose que "*Lorsque les besoins pharmaceutiques d'un établissement mentionné à l'article L. 5126-1 ne justifient pas l'existence d'une pharmacie, des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 destinés à des soins urgents peuvent, par dérogation aux articles L. 5126-1 et L. 5126-5, être détenus et dispensés sous la responsabilité d'un médecin attaché à l'établissement ou d'un pharmacien ayant passé convention avec l'établissement [...]*".

D'une part, parmi les établissements mentionnés à l'article L. 5126-1 figurent les établissements médicaux-sociaux dans lesquels sont traités les malades. Si les CAARUD sont bien des établissements médicaux-sociaux (article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles), les CAARUD n'apparaissent pas comme des établissements ayant vocation à traiter des malades. En effet, l'article R. 3121-33-1 du CSP relatif aux missions des CAARUD précise que ces derniers assurent le soutien aux usagers dans l'accès aux soins et non le traitement des usagers.

D'autre part, les médicaments qui pourraient être dispensés dans ces établissements sont destinés à des soins urgents. Or le dispositif « naloxone » vise à permettre une dispensation de cette spécialité aux usagers de drogue dans un cadre de prévention. Il ne s'agit donc pas de soins urgents, l'article L. 5126-6 ne peut donc pas s'appliquer en l'espèce.

Par conséquent, la seule solution envisageable pour permettre aux CAARUD de dispenser des médicaments est de le prévoir dans la loi.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à autoriser la délivrance par les CAARUD (centres d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) des produits de santé correspondant à leurs missions de réduction des risques et des dommages.

Elle donnera ainsi accès aux traitements adaptés à un nombre plus important de toxicomanes.

La modification proposée n'a pas pour objectif d'autoriser les CAARUD à délivrer tout type de médicament, mais uniquement de leur permettre de délivrer, conformément aux dispositions de l'article L. 3411-8 du Code de la santé publique les produits de santé correspondant à leurs missions de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues, à l'instar des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

b) Autres options possibles

Les CAARUD ayant identifié des usagers à risques de surdose aux opiacés relevant d'une indication de mise à disposition de naloxone les adressent aux pharmacies d'officine, ou aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ces derniers étant autorisés à délivrer des médicaments correspondant strictement à leurs missions. Compte tenu des difficultés d'insertion dans un parcours de santé « classique » de nombreux usagers de drogues, il est probable qu'une partie importante ne se présente pas en officine ou au CSAPA. Il en résulte une perte de chance potentielle pour ces usagers qui ne disposeront pas d'un traitement pouvant leur sauver la vie en cas de surdose d'opiacés.

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

La mesure trouve sa place en LFSS en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3, en raison de son impact sur l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie.

En effet, les dépenses afférentes aux missions des CAARUD seront prises en charge par l'assurance maladie dans le cadre des dispositions des articles L.314-3-2 et L.314-3-3 du code de l'action sociale et des familles. Il en résultera un impact pérenne sur les dépenses des régimes obligatoires d'assurance-maladie, dès lors que de nouveaux traitements remboursables seront délivrés à des personnes aujourd'hui non couvertes car éloignées des circuits habituels de prise en charge hospitalière et des soins de ville.

II. Consultations 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 sont 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 sont 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.

Il convient de rappeler que 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 s'appliquant spécifiquement à ce sujet et d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

L'article proposé complète l'article L.3411-9 du code de la santé publique, relatif aux missions des CAARUD.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure permet la diffusion de traitements qui sans cela n'auraient pas été prescrits et délivrés.

Le coût de ces traitements sera intégré, pour 2017 et les années suivantes, à la budgétisation des CAARUD, qui sont financés par crédits de l'assurance maladie figurant dans le dernier sous-objectif de l'ONDAM.

L'impact financier est calculé sur une hypothèse de médicament disponible permettant de prévenir la mortalité par surdose d'opiacés. L'objectif est de doter un tiers des usagers d'opiacés identifiés à risque dans les CAARUD de médicaments destinés à prévenir la mortalité par surdose d'opiacés. Sur la base des files actives de personnes consommateurs d'opiacées accueillies dans les CAARUD (70% des 75 000 personnes accueillies dans ces structures sont des consommateurs d'opiacés), d'hypothèse de couts de traitement, calculés sur la base du médicament disposant actuellement d'une autorisation temporaire d'utilisation de cohorte, et de montée en charge progressive du dispositif, le coût de la mesure est estimé à 250 000 euros pour 2017.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Assurance-maladie (ONDAM médico-social spécifique)		-0,25	-0,5	-0,5	-0,5

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Les effets attendus en termes d'impact social concernent :

- L'amélioration de l'accès aux soins pour les usagers de drogues ;
- La diminution des décès en lien avec une intoxication par surdose d'opiacés ;
- La diminution des inégalités en termes de mortalité entre population des usagers de drogues et population générale.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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

L'extension de la mission des CAARUD de délivrer des médicaments dans le cadre de leur mission de réduction des risques et des dommages, et plus spécifiquement la naloxone, dès lors qu'une spécialité disposera d'une autorisation de mise sur le marché permettra aux usagers de drogues de se voir dispenser ce traitement d'urgence directement par le CAARUD, simplifiant ainsi leurs démarches.

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.

Décret simple fixant les modalités d'application d'une délivrance de médicaments par les CAARUD (conditions de stockage des médicaments dans les CAARUD, traçabilité des délivrances et formation du personnel des CAARUD) : 1er semestre 2017.

Arrêté fixant la liste des médicaments pouvant être délivrés dans les CAARUD à prendre par le ministre chargé de la santé : 1er semestre 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

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS.

Le suivi de la mise en œuvre de cette mesure s'effectuera dans le cadre du système d'information des CAARUD du (adaptation du rapport d'activité), qui devra être adapté.

Par ailleurs, les données épidémiologiques de mortalité (données Inserm/CepiDC) non spécifiques à cette mesure) peuvent apporter des informations sur l'évolution de la mortalité par surdose d'opiacés, de même que certaines enquêtes spécifiques (enquête DRAMES de l'ANSM).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.3411-9 actuel du code de la santé publique	**Article L.3411-9 modifié du code de la santé publique**
Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue relèvent du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques et des dommages. Leurs missions sont définies par décret en Conseil d'Etat.	Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue relèvent du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques et des dommages. Leurs missions sont définies par décret en Conseil d'Etat. **Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4211-1, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leur mission de réduction des risques et des dommages et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Un décret précise les modalités d'application du présent alinéa.**
Les dépenses afférentes aux missions des centres mentionnés par le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales. Pour le financement de ces dépenses, il n'est pas fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.	Les dépenses afférentes aux missions des centres mentionnés par le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales. Pour le financement de ces dépenses, il n'est pas fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.
Les actions de réduction des risques et des dommages sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret.	Les actions de réduction des risques et des dommages sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret.
Les personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite.	Les personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite.

ARTICLE 42 – Création d'un fonds national de la démocratie sanitaire

I. Présentation de la mesure

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

La création du fonds répond aux recommandations émanant du rapport de M. Couty du 6 juillet 2016, dans le cadre de la mission de concertation confiée par la ministre de la santé et relative au renforcement des moyens de la future UNAASS.

Les recommandations formulées dans ce cadre visant à définir le dispositif organisationnel de la future union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé et à en préciser le fonctionnement, tant au niveau national que régional, ont donné lieu à une concertation approfondie, qui a mis en évidence la nécessité de définir au niveau législatif les règles de financement de l'union.

Pour répondre aux attentes exprimées par l'ensemble des associations agréées d'usagers du système de santé en vue de parfaire le rôle de représentation et de plaidoyer de l'union, il apparaît en outre nécessaire de compléter ses missions en lui donnant la faculté d'assurer des formations de représentants d'usagers du système de santé. L'UNAASS pourra également assurer la mission de formation de base des représentants d'usagers, dès lors qu'elle sera habilitée par le ministre chargé de la santé.

La création du fonds national contribue ainsi à identifier le financement national de la de la démocratie sanitaire.

L'UNAASS participera activement au développement de la démocratie sanitaire, au travers d'actions multiples : centre de ressources documentaire, actions en justice et appui juridique auprès du réseau associatif national et régional, expression des usagers auprès des conseils, assemblées et organismes publics. L'élargissement du périmètre des missions de l'UNAASS permettra de consolider le réseau sur le territoire et de renforcer la voix des usagers dans les diverses instances.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de créer au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés un fonds national pour la démocratie sanitaire. Ses ressources seront constituées d'un prélèvement annuel de 13 millions d'euros (sauf pour la première année de sa création, pour laquelle ce montant sera fixé à 8 millions d'euros) sur la part du produit des droits tabacs affectés à la CNAM.

L'objectif est de garantir des moyens de financement pérennes sur le champ de la démocratie sanitaire afin d'assurer le développement des actions menées et des instances dédiées.

A titre d'exemple, ces crédits permettront à l'UNAASS de renforcer notamment l'animation du réseau national et régional via ses délégation territoriales, de mieux organiser la représentation des usagers auprès des conseils, assemblées et organismes institués, ainsi que de permettre des actions en justice et de développer l'aide juridique auprès du réseau national et régional d'associations. Enfin, ces moyens sont destinés à financer le fonctionnement des délégations territoriales prévues par la loi.

b) Autres options possibles

Le statu quo n'apparaît pas satisfaisant car il ne permet pas de doter l'UNAASS des moyens suffisants pour exercer les missions prévues en toute indépendance.

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

L'inscription en LFSS se justifie par ses effets directs, en dépenses, sur l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie, en application du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Les dépenses du fonds seront retracées dans les comptes consolidées de la CNAMTS et pèseront à ce titre directement sur les charges de la branche maladie du régime général. La mesure fait passer d'environ 3,1 M€ en 2016 le financement de la démocratie sanitaire par l'assurance maladie à 8 M€ en 2017 et à compter de 2018 à 13 M€ (hors crédits qui resteraient pour financer la démocratie sanitaire en région dans le cadre du FIR).

4. Consultations 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.

II. 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.

Il convient de rappeler que 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 s'appliquant spécifiquement à ce sujet et d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

L'article abroge l'article L.1114-5 du code de la santé publique, modifie l'article L 1114-6 du code de la santé publique et crée un nouvel article L.221-1-3 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

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)	*Non*

III. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier est estimé en tenant compte des missions nouvelles confiées par la loi à l'UNAASS, lesquelles ne peuvent pas être aujourd'hui exercées pleinement par le secteur associatif, de la création de délégations territoriales de l'UNAASS et du lancement du nouveau dispositif de formation de base. Sont également prises en compte les actions menées par les associations agréées au niveau national (appel à projets national) et les perspectives de développement des organismes publics de recherche, formation et innovation en démocratie sanitaire.

Le financement des actions de formation de base délivrées par des associations agréées au niveau régional (y compris le financement de l'indemnité de formation) relève de la mission 5 (démocratie sanitaire) du FIR (Article L 1435-8 et R. 1435-16 du code de la santé publique). Il est prévu que le financement de ce dispositif sera assuré par redéploiement des crédits existants déjà alloués sur cette mission du FIR en lieu et place de la fraction actuellement financée par le FIR pour le fonctionnement de CISS régionaux qui sera financé via l'UNAASS.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
CNAMTS		-5,4	-10,4	-10,4	-10,4

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

- Amélioration de la participation des usagers au système de santé
- Développement de la représentation des usagers
- Développement de la professionnalisation des représentations des usagers par le biais des formations
- Renforcement des droits des usagers et de la défense de leurs intérêts

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet

- ***impact sur les jeunes :***

Sans objet

- ***impact sur les personnes en situation de handicap :***

Il est prévu que les personnes handicapées soient pleinement représentées au sein de l'UNAASS afin de faire prévaloir leurs intérêts.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Le renforcement de la formation des représentants d'usagers et de l'organisation de leur représentation sont de nature à contribuer à l'amélioration des droits des usagers dans leurs démarches, leurs formalités et aider à simplifier les charges administratives.

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.

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 est d'application directe.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre de la nouvelle obligation de formation de base des représentants d'usagers fera l'objet d'une évaluation annuelle.

Enfin les financements transitant par le fond national de la démocratie sanitaire seront retracés dans les comptes du fonds établis chaque année par la CNAMTS.

V. Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.1114-5 actuel du code de la santé publique	**Article L.1114-5 abrogé**
Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu à l'article L. 1114-1 au niveau national, qui regroupent notamment des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu au même article au niveau national, peuvent principalement bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu audit article au niveau national et l'Ecole des hautes études en santé publique mentionnée à l'article 86 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique peuvent également bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixent chaque année, par arrêté, la liste des bénéficiaires et les montants qui leur sont alloués au titre du présent article.	~~*Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu à l'article L. 1114-1 au niveau national, qui regroupent notamment des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu au même article au niveau national, peuvent principalement bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.*~~ ~~*Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu audit article au niveau national et l'Ecole des hautes études en santé publique mentionnée à l'article 86 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique peuvent également bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.*~~ ~~*Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixent chaque année, par arrêté, la liste des bénéficiaires et les montants qui leur sont alloués au titre du présent article.*~~
Article L.1114-6 actuel du code de la santé publique	**Article L.1114-6 modifié**

l peut être créé une Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, composée des associations d'usagers du système de santé agréées au plan national qui apportent à l'union leur adhésion. Cette union est constituée sous le régime de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association. Ses statuts et son règlement sont soumis à l'agrément du ministre chargé de la santé. L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé est habilitée à : 1° Donner ses avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé et leur proposer les mesures qui paraissent conformes aux intérêts matériels et moraux de ses membres ; 2° Animer un réseau des associations agréées d'usagers aux niveaux national et régional ; 3° Agir en justice pour la défense de ses propres intérêts moraux et matériels comme de ceux des usagers du système de santé ; 4° Représenter les usagers auprès des pouvoirs publics, notamment en vue de la désignation des délégués dans les conseils, assemblées et organismes institués par les pouvoirs publics ; 5° Proposer au ministre chargé de la santé une liste des associations mentionnées à l'article L. 1114-1. Chaque association d'usagers du système de santé, dans la limite de ses statuts, conserve le droit de représenter auprès des pouvoirs publics les intérêts dont elle a la charge.	Il peut être créé une Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, composée des associations d'usagers du système de santé agréées au plan national qui apportent à l'union leur adhésion. Cette union est constituée sous le régime de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association. Ses statuts et son règlement sont soumis à l'agrément du ministre chargé de la santé. **Cette union est réputée disposer de l'agrément délivré [au niveau national] en application du I de l'article L. 1114-1.** L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé est habilitée à : 1° Donner ses avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé et leur proposer les mesures qui paraissent conformes aux intérêts matériels et moraux de ses membres ; 2° Animer un réseau des associations agréées d'usagers aux niveaux national et régional ; 3° Agir en justice pour la défense de ses propres intérêts moraux et matériels comme de ceux des usagers du système de santé ; 4° Représenter les usagers auprès des pouvoirs publics, notamment en vue de la désignation des délégués dans les conseils, assemblées et organismes institués par les pouvoirs publics ; **5° Dispenser des formations aux représentants des usagers du système de santé, notamment la formation de base mentionnée au II de l'article L. 1114-1.** Chaque association d'usagers du système de santé, dans la limite de ses statuts, conserve le droit de représenter auprès des pouvoirs publics les intérêts dont elle a la charge.
Article L131-8 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L131-8 modifié du code de la sécurité sociale**
Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous : 1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé : - à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 61,1 % ; - à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 19,2 % ; - 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 % ;	Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous : 1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé : - à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 61,1 % ; - à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 19,2 % ; - 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 57,28 % ;	a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 57,28 %, **dont une part égale à 0,11 % est affectée au fonds prévu à l'article L221-1-3 ;**
b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 9,19 % ;	b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 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 et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,38 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale 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 et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,38 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;
g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;	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 % ;	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 % ;	i) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 % ;
j) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,25 %.	j) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,25 %.
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.	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 L221-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L221-1 modifié du code de la sécurité sociale**
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 ces deux branches. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ; 2° De définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ; 3°) De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ; 4°) D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ; 5°) D'organiser et de diriger le contrôle médical ; 6°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 7°) De mettre en œuvre les actions conventionnelles ; 8°) Abrogé ; 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	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 ces deux branches. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ; 2° De définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ; 3°) De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ; 4°) D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ; 5°) D'organiser et de diriger le contrôle médical ; 6°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 7°) De mettre en œuvre les actions conventionnelles ; 8°) Abrogé ; 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 ; 11° De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique ; 12°) De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation. 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. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.	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 ;*~~ 12°) De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation. 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. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.
	Article L221-1-3 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	I. - Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds national pour la démocratie sanitaire. **II. - Les ressources de ce fonds sont constituées d'une fraction de 0,11% du produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, prélevée sur la part de cette taxe affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application des dispositions de l'article L. 131-8.** **III. - Ce fonds finance :** **1° Le fonctionnement et les activités de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé mentionnée à l'article L. 1114-6 du code de la santé publique ;** **2° La formation de base dispensée aux représentants des usagers par les associations d'usagers du système de santé agréées [au niveau national et] habilitées par le ministre chargé de la santé à délivrer cette formation en application du II de l'article L. 1114-1 du même code ainsi que les indemnités des représentants d'usagers ayant participé à ces formations.** **Le fonds peut également participer au financement d'actions des associations d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code et d'organismes publics développant des activités de recherche et de formation consacrées au thème de la démocratie sanitaire ainsi que des appels à projets nationaux portant sur les mêmes sujets.** **IV. - Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixe, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements assurés par le fonds et les montants des sommes qui leur sont versées en application du présent article.** **V. - Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret.**

ARTICLE 43– Création d'un avantage financier durant le congé maternité/paternité des médecins conventionnés secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins

I. Présentation de la mesure

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

Afin de renforcer l'attractivité du secteur à tarifs opposables des médecins conventionnés et l'accès aux soins, il est proposé d'offrir une rémunération complémentaire durant le congé maternité/paternité des médecins qui pratiquent les tarifs opposables ou s'engagent à modérer leurs dépassements tarifaires, conformément à un engagement de la Ministre de la santé, pris lors de la Grande conférence de santé. Les praticiens visés sont en conséquence les médecins de secteur 1 et les signataires du contrat d'accès aux soins créé fin 2012 par les partenaires conventionnels (avenant 8 à la convention médicale de 2011). La présente mesure vise à habiliter les partenaires conventionnels à négocier l'instauration d'un avantage financier pour ces médecins, durant l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité. Le champ de compétences pour la négociation de la convention médicale est défini au niveau législatif, à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, rendant indispensable l'intervention du législateur.

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

a) Mesure proposée

- ***Habilitation des partenaires conventionnels à instaurer un avantage financier durant le congé maternité/paternité des médecins respectant les tarifs opposables ou s'étant engagés à modérer leurs dépassements***

L'engagement de la ministre en faveur du renforcement de l'attractivité de l'exercice libéral des médecins de secteur 1 et de ceux de secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins consiste en l'octroi d'une rémunération forfaitaire durant l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité, similaire à celle versée dans le cadre de contrats de PTMG et PTMA. Cette rémunération serait d'un montant forfaitaire mensuel de 3 105 euros, dans la limite de trois mois durant le congé maternité. Pour le congé paternité, l'aide forfaitaire serait proratisée en fonction de sa durée réduite, soit 1 117 euros correspondant à 11 jours.

Il est proposé d'habiliter les partenaires conventionnels à mettre en œuvre cet engagement ministériel via un avenant à la convention médicale.

- ***Non cumul de l'avantage financier conventionnel avec celui prévu par les dispositifs PTMG et PTMA***

L'aide prévue dans la mesure proposée reprend les mêmes paramètres financiers qui déterminent les rémunérations versées pendant leur congé maternité ou paternité aux médecins signataires d'un contrat de PTMG ou de PTMA. Il est proposé d'instaurer un principe de non cumul entre l'avantage financier octroyé via la convention médicale d'une part, et les avantages financiers perçus au titre des contrats PTMG et PTMA d'autre part, puisque ces différentes aides sont similaires.

- ***Maintien de l'attractivité du dispositif PTMA***

La négociation de ce nouveau dispositif, va de fait conduire à étendre à l'ensemble des médecins de secteur 1 ou secteur 2 signataires du CAS le bénéfice d'une gratification financière aujourd'hui réservée aux médecins adhérents des dispositifs PTMG et PTMA. Si les praticiens territoriaux de médecine générale conservent, en contrepartie de leurs engagements contractuels, un avantage financier lié à la garantie d'une rémunération minimale compensant une faiblesse conjoncturelle de leur activité quelle qu'en soit l'origine (liée aux premiers mois d'installation le temps de se constituer une patientèle ou à une interruption d'activité en cas de maladie ou de maternité/paternité), les praticiens territoriaux de médecine ambulatoire ne bénéficient d'une aide financière qu'en cas de maternité / paternité La conséquence serait une perte d'attractivité significative de ce dernier dispositif.

Pour préserver l'attractivité du dispositif PTMA, il est proposé d'y ajouter, par la loi, la rémunération complémentaire octroyée en cas d'interruption d'activité pour maladie, telle qu'elle est prévue dans le contrat PTMG. Il s'agit d'un forfait mensuel versé à compter du 8ème jour d'interruption d'activité pour cause de maladie. Cette aide est versée pour chaque mois civil, dans la limite de trois mois.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de créer un dispositif légal, décrivant les différents paramètres financiers de l'aide prévue. L'attractivité de la pratique à tarifs opposables ou à dépassements maîtrisés, qui est un objectif central de ce dispositif, ressort toutefois de la compétence des partenaires conventionnels, c'est pourquoi il a été préféré d'étendre leur habilitation à la définition et à la mise en œuvre de cette aide.

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

Du fait de son impact direct sur les dépenses d'assurance maladie et du fonds d'intervention régional, la mesure proposée relève bien de la loi de financement de la sécurité sociale, au sens du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. La mesure représente des dépenses supplémentaires estimées, pour l'année 2017 à 15 M€ et 20 M€ par an à partir de 2018.

II. Consultations 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 sont 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 sont 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 des Etats membres.

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

IL n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et que d'une manière générale la mesures 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 du code de la sécurité sociale et les articles L. 1435-4-2 et L. 1435-4-3 du code de la santé publique sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*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

L'avantage financier conventionnel octroyé durant le congé maternité/paternité correspond à la rémunération complémentaire versée pour le même motif, dans le cadre des dispositifs PTMG et PTMA, soit 3 105 euros par mois durant le congé maternité, dans la limite de trois mois, et 1 117 euros durant le congé paternité.

Sur la base des 2 100 naissances observées en 2015 chez les médecins, l'avantage maximum versé pour un congé maternité, correspond à 3 105 € sur trois mois (9 315 €), soit un coût annuel de 19,5 M€. L'avantage financier pour un congé paternité représente un coût annuel de 2,3 M€. Le coût annuel de cet avantage conventionnel est de 21,8 M€. A ceci s'ajoute le coût de la prise en charge par les régimes d'assurance maladie des cotisations sociales dues sur ces rémunérations, soit 2 M€ au total, qui sont comptabilisés, du fait des calendriers de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants, un an après le versement de ces rémunérations.

Cette mesure étant prise dans le cadre conventionnel, sa mise en œuvre est soumise aux dispositions de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale disposant que les mesures de rémunérations conventionnelles entrent en vigueur six mois à compter de la signature de l'avenant. Dans l'hypothèse d'une application au 1er juillet 2017, le coût pour l'assurance maladie serait de 10,9 M€.

S'agissant du dispositif PTMA, la rémunération complémentaire pour cause de maladie introduite dans le contrat PTMA, est de 1 552 € mensuel. Cette rémunération, déjà présente dans le contrat PTMG, a donné lieu à un versement cumulé de 80 K€ en 2015 pour 400 PTMG. Sur la base de 200 contrats de PTMA, la mesure représenterait un surcoût annuel de 40 K€.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Régimes de base d'assurance maladie		- 10,9	- 22,8	- 23,8	- 23,8

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

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

a) impacts économiques

La mesure permet aux médecins conventionnés secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins, de percevoir une rémunération forfaitaire de 3 105 euros mensuels durant le congé maternité (dans la limite de 3 mois) et 1 138 euros durant le congé paternité.

b) impacts sociaux

Cette mesure poursuit un objectif général de favorisation de l'accès économiques aux soins via une amélioration de l'attractivité du secteur 1 et d'incitation à la modération tarifaire. Il s'agit de limiter les restes à charge des patients en aidant davantage, pendant les congés maternité ou paternité, les médecins pratiquant les tarifs les moins élevés.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Cette mesure a vocation à faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, tant pour les femmes (congé maternité) que pour les hommes (congé paternité). En proportionnant le montant de l'aide à la durée de l'interruption d'activité elle s'assure d'une compensation plus élevée pour les femmes médecins qui doivent faire face à des pertes de revenus issus de leur activité sur des périodes plus longues.

- ***impact sur les jeunes***

Les principales bénéficiaires de cette aide seront les jeunes femmes médecins, souvent dès les premières années de leur exercice libéral, apportant un soutient financier au moment où la patientèle n'est peut-être pas encore complètement constituée et où la viabilité financière du cabinet se trouverait fragilisée par la grossesse.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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

Il n'y a pas d'impact sur les assurés s'agissant des charges administratives. En revanche cette mesure s'inscrit dans la politique du Gouvernement d'accès aux soins via la limitation des restes à charge pour les patients.

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

La mesure est mise en œuvre par les caisses de sécurité sociale. Elle a un impact très limité en gestion, au regard du nombre limité de médecins concernés.

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

La mesure sera gérée par les caisses d'assurance maladie 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.

L'avantage financier conventionnel entrera en vigueur six mois après la publication de l'arrêté d'approbation de l'avenant signé par les partenaires conventionnels (application de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale).

L'extension de la rémunération forfaitaire en cas de maladie au sein du contrat PTMA nécessite, pour être mise en œuvre, un décret en Conseil d'État.

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

Compte tenu de la règle des 6 mois, la mise en œuvre de cet avantage financier interviendrait, en cas d'accord conventionnel avant la fin de l'année 2017, au plus tôt au 1er juillet 2017.

L'extension de la rémunération forfaitaire en cas de maladie au sein du contrat PTMA entrera en application dès publication du décret en Conseil d'État.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

En cas de conclusion d'un avenant conventionnel créant cet avantage financier, l'UNCAM assurera l'information des médecins conventionnés sur le contenu de la nouvelle aide attribuée dans le cadre conventionnel.

d) Suivi de la mise en œuvre

Pour l'avantage financier durant le congé maternité/paternité, la convention prévoit un dispositif de suivi annuel des mesures de rémunérations conventionnelles.

Pour l'extension de la rémunération forfaitaire en cas de maladie, les dispositifs PTMG et PTMA font l'objet d'un suivi mensuel par la direction générale de l'offre de soins.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-5 modifié du code de la sécurité sociale
Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.	Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.
La ou les conventions déterminent notamment :	La ou les conventions déterminent notamment :
1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;	1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;
2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ;	2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ;
2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ;	2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ;
3° (Abrogé) ;	3° (Abrogé) ;
3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;	3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;
4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;	4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;
5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;	5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;
6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en œuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;	6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en œuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;
7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités	7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités

de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;	de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;
8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ;	8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ;
9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;	9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;
10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ;	10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ;
11° (Abrogé) ;	11° (Abrogé) ;
12° Le cas échéant :	12° Le cas échéant :
a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;	a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;
b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;	b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;
c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;	c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;
13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.	13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.
Pour la mise en œuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ;	Pour la mise en œuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ;
13° bis Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;	13° bis Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;
14° (Abrogé) ;	14° (Abrogé) ;
15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ;	15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ;
16° (Abrogé) ;	16° (Abrogé) ;
17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins. Ces missions et modalités d'organisation sont distinctes de celles prévues	17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins. Ces missions et modalités d'organisation sont distinctes de celles prévues

au 23° ;	au 23° ;
18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin. Ces modalités ne sont pas applicables aux patients âgés de moins de seize ans ;	18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin. Ces modalités ne sont pas applicables aux patients âgés de moins de seize ans ;
19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;	19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;
20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;	20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;
21° Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38 ;	21° Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38 ;
22° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Ces engagements sont distincts de ceux prévus au 23. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé ;	22° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Ces engagements sont distincts de ceux prévus au 23. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé ;
23° Les missions particulières des médecins traitants des patients de moins de seize ans mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifique à ces patients, le cas échéant, avec les médecins d'autres spécialités, notamment en ce qui concerne le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique et la transition vers le parcours de soins de l'adulte ;	23° Les missions particulières des médecins traitants des patients de moins de seize ans mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifique à ces patients, le cas échéant, avec les médecins d'autres spécialités, notamment en ce qui concerne le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique et la transition vers le parcours de soins de l'adulte ;
24° Le cas échéant, les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, y compris ceux intervenant en contrepartie d'engagements individualisés définis au 22° relatifs aux missions et aux modalités d'organisation prévues au 23°.	24° Le cas échéant, les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, y compris ceux intervenant en contrepartie d'engagements individualisés définis au 22° relatifs aux missions et aux modalités d'organisation prévues au 23° ;
	25° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité.

Article 1435-4-2 actuel du code de la santé publique	Article 1435-4-2 modifié du code de la santé publique
I. - Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin spécialisé en médecine générale, à la condition qu'il n'exerce pas d'activité médicale libérale ou que son installation en cabinet libéral date de moins d'un an, ou avec un assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé un contrat de praticien territorial de médecine générale sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de praticien territorial de médecine générale. Le praticien territorial de médecine générale s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnée à l'article L. 1434-4. II. - Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, le respect des tarifs opposables, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins. III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.	I. - Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin spécialisé en médecine générale, à la condition qu'il n'exerce pas d'activité médicale libérale ou que son installation en cabinet libéral date de moins d'un an, ou avec un assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé un contrat de praticien territorial de médecine générale sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de praticien territorial de médecine générale. Le praticien territorial de médecine générale s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnée à l'article L. 1434-4. **La conclusion de ce contrat est exclusive de la perception de l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.** II. - Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, le respect des tarifs opposables, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins. III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.
Article 1435-4-3 actuel du code de la santé publique	**Article 1435-4-3 modifié du code de la santé publique**
I. - Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire en application duquel il perçoit une rémunération forfaitaire lorsqu'il interrompt son activité médicale pour cause de maternité ou de paternité sans bénéficier de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du même code. Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage pendant une durée fixée par le contrat, qui ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois : 1° A respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il est autorisé à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires ;	I. - Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire en application duquel il perçoit une rémunération forfaitaire lorsqu'il interrompt son activité médicale pour cause **de maladie ou** de maternité ou de paternité sans bénéficier de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du même code. **La rémunération complémentaire perçue lors de l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité, au titre du présent contrat, n'est pas cumulable avec la rémunération prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.** Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage pendant une durée fixée par le contrat, qui ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois : 1° A respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il est autorisé à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires ; 2° A exercer une activité médicale libérale dans une zone

2° A exercer une activité médicale libérale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée, pour la spécialité qu'il exerce, par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ; 3° A se faire remplacer pendant toute la période de cessation de son activité en cas d'interruption pour cause de maternité ou de paternité ; 4° A ne pas être lié par un contrat de praticien territorial de médecine générale mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code. II. - Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé et des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins et la permanence des soins. III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les règles limitant les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels.	définie par l'agence régionale de santé et caractérisée, pour la spécialité qu'il exerce, par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ; 3° A se faire remplacer pendant toute la période de cessation de son activité en cas d'interruption pour cause de maternité ou de paternité ; 4° A ne pas être lié par un contrat de praticien territorial de médecine générale mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code. II. - Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé et des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins et la permanence des soins. III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les règles limitant les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels.

ARTICLE 44 - Rénovation du modèle de financement des établissements de santé

I. Présentation de la mesure

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

• Les établissements de santé sont régulièrement confrontés à des difficultés liées à l'absence de niveau intermédiaire de prise en charge entre actes et consultations externes et hôpital de jour.

Certaines prises en charge de médecine ambulatoire, réalisées en établissements de santé, nécessitent, pour une même prise en charge, la mobilisation coordonnée de professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et la réalisation d'une synthèse médicale mais ne nécessitent pas pour autant la mobilisation d'une place d'hôpital de jour ou le recours à un plateau technique[1].

Les coûts associés à ces prises en charge ne sont pas couverts par la seule facturation des actes et consultations externes réalisés dans la mesure où l'intervention de certains professionnels paramédicaux ou socio-éducatifs (psychologues, diététiciens, assistantes sociales, par exemple) ne peut faire l'objet d'une facturation à l'acte. Ainsi, pour couvrir le coût de ces prises en charge (les professionnels paramédicaux étant par ailleurs salariés des établissements de santé), les établissements sont parfois incités à facturer indûment un séjour d'hospitalisation de jour (voire d'hospitalisation complète), dont le tarif s'avère nettement supérieur aux charges réellement supportées et avec le risque de voir ces pratiques sanctionnées dans le cadre des campagnes de contrôles T2A.

L'intervention du législateur est nécessaire afin d'introduire la possibilité pour les établissements de santé de bénéficier, pour ces prises en charges intermédiaires, d'une prestation hospitalière.

• Une problématique similaire se retrouve s'agissant de l'administration de certains produits classés dans la catégorie des médicaments dits « à usage hospitalier »

En l'état actuel du droit, les médicaments de la réserve hospitalière (RH) ne peuvent être administrés et facturés que dans le cadre d'un séjour d'hospitalisation alors même que les conditions d'utilisation de certains d'entre eux justifieraient une prise en charge en établissement de santé, dans un cadre sécurisé mais sans hospitalisation du patient, c'est-à-dire dans un cadre mobilisant tous les moyens propres à assurer l'observation et la surveillance du patient (plateau technique, proximité de réanimateurs…), mais ne donnant pas lieu à admission formelle de celui-ci dans une unité d'hospitalisation.

Compte-tenu de ce cadre contraint, pour ces prises en charge dont l'objet se limite à l'administration de produits de la réserve hospitalière, les établissements de santé sont enclins à facturer à l'assurance maladie des séjours d'hospitalisation dont le tarif est largement supérieur au coût réel de la prise en charge.

Il convient ainsi tant de modifier le régime des produits de la réserve hospitalière que de permettre la prise en charge, en sus de la prestation mise en place, des molécules de la réserve hospitalière qui s'avèreraient particulièrement onéreuses[2]. C'est sur ce second point que l'intervention du législateur est nécessaire.

• Les spécificités des prises en charge en HAD restent encore insuffisamment prises en compte, en particulier en matière de contrôle externe de la tarification à l'activité.

L'application du droit commun aux structures d'hospitalisation à domicile s'agissant des modalités de calcul des indus notifiés suite à un contrôle T2A aboutit, de facto, à défavoriser ces établissements : lorsqu'un séjour en HAD est considéré comme indûment facturé car relevant d'une prise en charge en ville, l'établissement n'est pas en mesure, contrairement aux établissements MCO, de diminuer la somme à reverser à l'assurance maladie du montant des actes et consultations qui auraient dû être facturés en externe, la structure HAD n'ayant pas la faculté juridique de facturer une telle activité externe. Ces modalités de calcul des indus aboutissent à ce que l'établissement reverse la totalité de la facture émise, quand bien même des frais ont bien été engagés pour couvrir la prise en charge. Cette situation conduit à une perte de recettes inéquitable pour certaines structures et limite ainsi le développement de l'HAD.

Le recours à une mesure législative est indispensable afin de déroger, pour les structures HAD aux dispositions consacrées aux indus notifiés par l'assurance maladie suite aux contrôles externes.

---

[1] Exemple du suivi de patients diabétiques : outre la consultation médicale, le patient diabétique est susceptible de voir un ophtalmologue pour un fond d'œil, une diététicienne pour des conseils diététiques ainsi qu'une infirmière pour l'utilisation d'un holter glycémique.

[2] Spécialités pharmaceutiques figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, dite « liste en sus »

• Le modèle actuel de financement des unités de soins critiques ne permet pas de répondre de manière pleinement satisfaisante aux spécificités de cette filière.

L'activité de la filière de soins critiques (prises en charge en unité de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue) se caractérise par l'importance des coûts fixes supportés par ces unités, notamment du fait des normes de fonctionnement auxquelles elles sont soumises (normes de personnel notamment) ainsi que par une certaine variabilité de l'activité, sans possibilité de maîtrise de leur file active de patients.

Le modèle actuel de financement des activités de soins critiques conduit à ce qu'une partie des charges soit couverte par les tarifs nationaux des prestations (GHS) tandis qu'une autre partie est financée à travers la facturation de suppléments forfaitaires journaliers (suppléments réanimation, soins intensifs, surveillance continue). La mesure vise à faire évoluer ce modèle de financement vers un modèle mixte, combinant financement à l'activité et financement forfaitaire, afin de stabiliser le financement de ces unités en limitant l'impact sur les recettes des aléas d'activité et en améliorant la prise en compte des coûts de ces structures.

Une mesure législative s'avère nécessaire afin de déroger au principe de financement intégral en tarification à l'activité prévu par l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

• Le cadre législatif actuel interdit aux équipes SMUR de transporter le corps des enfants décédés inopinément, en contradiction avec les recommandations HAS et la réalité des pratiques

La mort inattendue du nourrisson (MIN) est généralement constatée dans le cadre d'une prise en charge par une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Suite à un tel décès inattendu, il est proposé aux parents que soit réalisée une autopsie visant à déterminer la cause de la mort. Dans ce cadre, des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2007 établissent que tout enfant décédé inopinément, ainsi que ses parents, doivent systématiquement être transportés en urgence au Centre de référence MIN.

Or le cadre juridique actuel interdit aux SMUR de procéder eux-mêmes à ce transport, exigeant que le transport s'effectue au moyen de « véhicules de transport funéraires » qui, en pratique sont impossibles à mobiliser par le SAMU à toute heure du jour ou de la nuit. Ce cadre doit donc évoluer afin de rendre applicables les recommandations de la HAS et de se conformer à la réalité des pratiques (une majorité des SMUR passant d'ores et déjà outre cette interdiction de transporter le corps des enfants qu'ils ont pris en charge).

• Une prolongation des expérimentations relatives aux transports sanitaires urgents est nécessaire

En application de l'article 66 de la LFSS pour 2012, des expérimentations en matière d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents permettent de déroger à certaines règles d'organisation de la garde départementale des transporteurs sanitaires et aux modalités de rémunération des transporteurs sanitaires privés.

Toutefois, eu égard à certains aléas, la mise en œuvre de ces expérimentations a pris du retard.

En premier lieu, la publication du décret en Conseil d'Etat n°2014-1584, pris en application de l'article 66 de la LFSS pour 2012, n'est intervenue qu'à la fin de l'année 2014 (publication au JORF du 26 décembre 2014), compte tenu des délais nécessaires de concertation avec les acteurs concernés.

Par ailleurs, des difficultés techniques ont contraint à repousser à deux reprises les délais de transmission des candidatures, la date finale de transmission des candidatures ayant finalement été fixée au 20 juillet 2015.

S'en est suivie une phase d'analyse des candidatures, de vérification des enveloppes prévisionnelles des expérimentations et de détermination des modalités de liquidation des dépenses expérimentales ainsi que la sélection des dossiers d'expérimentation.

Au final, à l'issue de cet appel à candidatures, quatre expérimentations ont été sélectionnées et sont en cours de déploiement, dont l'une a débuté le 1er juillet 2016. Or, la durée légale des expérimentations, fixée par l'article 66 de la LFSS 2012, expire le 31 décembre 2016.

L'objectif de la mesure est de proroger cette durée, afin de permettre aux quatre expérimentations en cours de bénéficier d'une durée d'existence suffisante pour pouvoir les évaluer et en dresser un bilan qualitatif et quantitatif, qui servira à la refonte des textes réglementaires et conventionnels relatifs à la garde départementale des transporteurs sanitaires privés.

De surcroît, au-delà de la sécurisation de ces quatre expérimentations, la prorogation permettra le déploiement de nouvelles expérimentations sur le territoire compte-tenu du nouvel appel à candidatures expérimentales auprès des ARS qui a été ouvert par instruction du 28 juillet 2016 conformément au souhait des fédérations de transporteurs sanitaires privés.

• L'application des critères de droit commun du dispositif « activités isolées » aboutit à défavoriser les établissements en situation d'insularité

La LFSS pour 2014 a permis de mieux prendre en compte la situation des établissements isolés, à travers la mise en place de modalités de financement spécifiques. Les établissements répondant aux critères définis par la loi bénéficient d'un forfait complémentaire aux recettes liées à l'activité.

Toutefois, l'application de l'un des critères (critère de faible densité) aboutit à exclure du dispositif les établissements situés sur des territoires insulaires alors même qu'ils sont objectivement et géographiquement isolés. Une mesure législative est nécessaire afin d'écarter, pour ces établissements, l'application de ce critère.

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

a) Mesure proposée

• Création d'un niveau intermédiaire de tarification finançant les consultations longues et pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles

La mesure consiste à introduire un niveau intermédiaire de tarification entre prise en charge externe et hospitalisation de jour, permettant de couvrir les charges aujourd'hui non valorisables en établissement. Cette évolution se traduirait par la création d'une prestations hospitalière non suivie d'hospitalisation venant en complément de la facturation d'actes et de consultations et intégrant les charges supplémentaires mises en œuvre par l'établissement (temps médical lié à la coordination et à la synthèse médicale et temps lié à l'intervention de plusieurs professionnels paramédicaux ou socio-éducatifs).

Un nouvel article du code de la sécurité sociale viendrait ainsi introduire l'existence de cette nouvelle prestation, dont les modalités de mise en œuvre, et notamment les conditions de facturation et de prise en charge par l'assurance maladie seraient définies par décret en Conseil d'Etat.

Le périmètre de la nouvelle prestation, défini par arrêté, pourrait ainsi viser, dans un premier temps, certains types de prises en charge, de manière à répondre en priorité aux difficultés relayées par les acteurs, notamment dans le cadre des contrôles T2A.

• Mise en place d'un cadre permettant l'administration et la facturation en externe de certains produits de la réserve hospitalière

La mesure proposée vise à permettre l'administration et la facturation de certains produits de la réserve hospitalière dans le cadre de prises en charge en établissement non suivies d'une hospitalisation formelle du patient (admission dans une unité d'hospitalisation) mais respectant néanmoins les conditions de sécurité nécessaires pour l'administration de ces produits.

Plus précisément, la mesure législative ouvre la possibilité de facturer les produits de la réserve hospitalière figurant sur la liste en sus, en complément d'un séjour non suivi d'hospitalisation (la facturation des spécialités pharmaceutiques de la liste en sus étant actuellement réservée, en application de l'article L. 162-22-7 aux cas où le patient est hospitalisé).[1]

• Adaptation des modalités de calcul des indus dans le cadre des contrôles externes de la tarification à l'activité aux spécificités des prises en charge à domicile

La mesure consiste à modifier l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale afin d'introduire une dérogation propre aux séjours HAD s'agissant des modalités de calcul des indus recouvrés par l'assurance maladie à la suite d'un contrôle de leur activité. Dans ce cadre, le montant de l'indu d'une structure HAD pourrait être minoré d'une somme équivalant au montant des actes effectivement réalisés et qui auraient dus être facturés à la place, rétablissant ainsi une égalité de traitement avec les établissements MCO.

• Introduction d'une part forfaitaire dans le modèle de financement des soins critiques

La mesure consiste à redéfinir le modèle de financement des soins critiques pour le fonder sur un modèle mixte combinant une part liée à l'activité de l'année en cours et une part forfaitaire.

Outre l'introduction de ce nouveau modèle de financement, la mesure prévoit la fixation par l'Etat des modalités de calcul de cette dotation forfaitaire et les principes de son versement. La mesure détermine enfin les mécanismes de régulation prudentielle propres à cette nouvelle enveloppe.

---

[1] Une disposition existante (article L. 162-27 du code de la sécurité sociale) permettait déjà en théorie, s'agissant de produits appartenant à une autre catégorie de médicaments (dits « à prescription hospitalière »), une telle facturation en sus de séjours non suivis d'hospitalisation. Pour des raisons techniques, ce dispositif n'a jamais trouvé à s'appliquer et ne pourrait pas l'être en tout état de cause s'agissant des produits de la réserve hospitalière. C'est pourquoi l'article procède à l'abrogation de cet article devenu obsolète.

• Autorisation des transports SMUR d'enfants décédés dans le cadre de la « mort inattendue du nourrisson »

La mesure vise à adapter le cadre législatif relatif aux transports sanitaires afin d'autoriser le transport médicalisé d'enfants décédés d'une cause inexpliquée ainsi que le transport de leurs parents vers l'établissement de santé siège du centre de référence de la mort inattendue du nourrisson (CRMIN).

Une adaptation comparable du cadre législatif a déjà donné lieu à une modification des dispositions en cause du code de la santé publique et du code général des collectivités territoriales dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Cette adaptation permet désormais aux SMUR de transporter vers un établissement de santé des personnes décédées en vue d'un don d'organe.

• Prorogation de la durée légale de l'expérimentation relative aux transports sanitaires urgents

La mesure consiste à prévoir que les expérimentations autorisées par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 soient prorogées pour une durée de 3 ans à partir du 1er janvier 2017.

• Adaptation du dispositif « activités isolées » aux spécificités des établissements insulaires

Sans remettre en cause les autres critères de définition de l'isolement géographique, la mesure a pour objet d'écarter l'application du critère lié à la densité de population du territoire concerné, s'agissant des établissements situés sur un territoire insulaire.

b) Autres options possibles

• Mise en place d'un cadre permettant l'administration et la facturation en externe de certains produits de la réserve hospitalière

Une alternative à cette mesure aurait consisté à créer une nouvelle catégorie de médicaments à prescription restreinte (RH « allégée ») dans laquelle seraient déclassés les produits de la RH ne nécessitant pas, au regard des conditions de sécurité d'utilisation, une admission du patient en unité d'hospitalisation. Cette solution aboutirait toutefois à créer une catégorie de médicaments pour des simples motifs de facturation. Elle impliquerait en outre un travail conséquent de révision par l'ANSM des autorisations de mise sur le marché (AMM) des produits de la RH. Elle semble donc devoir être écartée.

• Adaptation des modalités de calcul des indus dans le cadre des contrôles externes de la tarification à l'activité aux spécificités des prises en charge à domicile

Une alternative à cette mesure aurait consisté à créer une prestation facturable par la structure d'hospitalisation à domicile pour compenser partiellement le montant de l'indu à reverser. Cette solution ne paraît pas opportune et semble juridiquement fragile dans la mesure où elle conduirait à rattacher, de manière extensive, à la catégorie des prestations d'hospitalisation, une nouvelle prestation qui serait, de fait, facturable non à la suite de la réalisation d'une prestation mais d'une notification d'indus.

• Introduction d'une dotation modulée à l'activité dans le modèle de financement des soins critiques

Une alternative aurait consisté à mettre en place un forfait annuel fondé sur les données de l'année antérieure comme source unique de financement de ces unités de soins critiques. Cette alternative permet de répondre à l'objectif de meilleure prise en compte des charges fixes et stabilisation du financement des unités : leurs recettes seraient intégralement connues en début d'année, quel que soit le niveau d'activité réalisé cette année. Toutefois, cette option aboutit à pénaliser les structures pour lesquelles l'activité progresse ou s'alourdit en termes de prise en charge.

• Autorisation des transports SMUR d'enfants décédés dans le cadre de la « mort inattendue du nourrisson »

En l'absence de modification législative, la situation actuelle devrait être clarifiée à droit constant, à travers l'application de l'article L. 2223-23 du CGCT qui permet aux établissements de santé de bénéficier d'une habilitation préfectorale leur permettant d'assurer une activité de transport funéraire de corps avant mise en bière. Dans ce cadre, les Centre de référence MIN pourraient alors être dotés de « véhicules de transport funéraire » aux fins d'assurer une astreinte de transport funéraire opérationnelle H24/365j pour rejoindre les équipes de SMUR sur le lieu du décès et assurer le transport du corps de l'enfant décédé.

Cette option n'apparait pas pertinente et présente certains inconvénients organisationnels (nécessité pour les Centres de référence MIN de s'équiper de véhicules spéciaux et de personnel habilité, arrivée rapide sur les lieux peu compatible avec une personne d'astreinte éloignée du lieu de décès…). Elle n'exempte pas l'équipe SMUR de suivre le véhicule de transport funéraire pour transporter concomitamment les parents vers le centre MIN. Enfin, le Conseil d'Etat,

notamment par un avis du 24 mars 1995, a considéré que le recours à des marchés publics avec des entreprises de transport funéraire n'est pas permis dans ce cadre.

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

L'inscription en LFSS se justifie par ses effets directs, en dépenses, sur l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie, en application du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Il convient de rappeler que 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 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

Modification des articles L. 133-4, L. 162-22-7, L. 162-22-8-1, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-12, L. 162-22-15, L. 174-15 du code de la sécurité sociale, de l'article L. 6312-1 du code de la santé publique et L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales.

Insertion des articles L. 162-22-6-1, L. 162-22-8-3 dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Abrogation de l'article L. 162-27 du code de la sécurité sociale.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

- ***Création d'un niveau intermédiaire de tarification finançant les consultations pluridisciplinaires et/ou pluri professionnelles***

La mesure a des effets permanents sur les dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base.

En effet, s'agissant des dispositions portant sur la création d'un niveau intermédiaire de tarification finançant les consultations longues pluridisciplinaires ou pluri professionnelles, la mesure se traduit notamment par une économie liée au déport des prises en charges « intermédiaires » d'une facturation en hôpital de jour (HDJ), voire en hospitalisation complète, vers une tarification adaptée aux coûts réels de prise en charge.

Cette économie peut être estimée à près de 5M€. En effet, près d'un séjour contrôlé sur deux en hôpital de jour fait l'objet d'un déclassement en actes et consultations externes. Si l'on prend l'exemple du diabète (qui pourrait faire partie du champ d'application restreint retenu dans un premier temps), et sur la base d'une hypothèse de différentiel tarifaire entre le GHS correspondant à un hôpital de jour et la prise en charge intermédiaire de 300 à 400€, l'économie attendue pourrait être de l'ordre de 5M€ en tenant compte du biais statistique lié à l'utilisation des données issues des contrôles T2A[1] et en prenant en considération l'augmentation des dépenses assurance maladie liée à la diminution mécanique du montant des indus. Le niveau de cette économie pourrait être amené à progresser sur la période en fonction, notamment, de l'élargissement progressif du périmètre d'application de la mesure.

- ***Mise en place d'un cadre permettant l'administration et la facturation en externe de certains produits de la réserve hospitalière***

Les dispositions relatives à la mise en place d'un cadre permettant l'administration et la facturation en externe de certains produits de la réserve hospitalière ont des effets directs et permanents sur les dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base, en ce qu'elles génèrent une économie liée à la fixation d'un niveau de tarification adapté, plus proche des coûts réels de prise en charge.

La mesure se traduit par une économie liée à la substitution d'une facturation en hôpital de jour (HDJ) vers une tarification moindre, adaptée aux coûts de prise en charge pour la seule administration d'un produit de la réserve hospitalière.

Sur la base d'un différentiel tarifaire moyen de l'ordre de 200€ entre le GHS correspondant à un hôpital de jour et une facturation adaptée, et en prenant en compte une hypothèse basse de 1000 séjours concernés en 2017, l'économie attendue pourrait être de l'ordre de 200 000€.

[1] Les établissements contrôlés par l'assurance maladie ne peuvent être considérés comme représentatifs des pratiques de facturation de l'ensemble des établissements de santé dans la mesure où ils sont ciblés en fonction des atypies de facturation constatées.

• *Adaptation des modalités de calcul des indus dans le cadre des contrôles externes de la tarification à l'activité aux spécificités des prises en charge à domicile*

Les dispositions relatives à l'adaptation des modalités de calcul des indus dans le cadre des contrôles T2A en HAD ont des effets permanents sur les dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base, en ce qu'elles entraînent un coût supplémentaire pour l'assurance maladie (hors ONDAM) lié à la minoration du montant des indus et des sanctions financières notifiés aux structures HAD à la suite d'un contrôle de leur activité.

Ce coût peut être estimé à près d'un million d'euros. En effet, en se fondant sur les données issues de la campagne de contrôle T2A 2014 sur le champ de l'hospitalisation à domicile, ont été constatées des anomalies pour 41 743 séjours d'hospitalisation à domicile contrôlés. Partant du principe que l'indu recouvré pour ces séjours est aujourd'hui égal à la totalité du tarif associé au séjour, le surcoût de la mesure correspondrait pour chacun de ces séjours au tarif des actes et consultations externes qui auraient dus être facturés à la place, soit essentiellement une consultation à 23 euros par séjour.

• *Introduction d'une dotation modulée à l'activité dans le modèle de financement des soins critiques*

Les dispositions relatives à l'évolution du modèle de financement des soins critiques n'ont pas d'impact financier à court terme sur les dépenses d'assurance maladie, cette évolution étant réalisée à masse financière constante. Néanmoins, l'introduction d'une part socle dans le financement des soins critiques permettra d'améliorer le pilotage de la dépense afférente, voire de modérer la progression de celle-ci, puisqu'une partie de cette dépense, dont l'évolution est aujourd'hui intégralement conditionnée par l'activité de l'année en cours, sera désormais assise sur l'activité des années antérieures qui est une donnée connue au moment de la construction de l'ONDAM. Par ailleurs, cette disposition vient amender les règles de la tarification à l'activité elles-mêmes introduites par la LFSS pour 2004.

• *Autorisation des transports SMUR d'enfants décédés dans le cadre de la « mort inattendue du nourrisson »*

Les dispositions relatives à la mort inattendue du nourrisson ont des effets permanents sur les dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base en ce qu'elles entraînent un surcoût lié à la mobilisation des équipes des SMUR dans le cadre de la nouvelle mission qui leur serait confiée et qu'elles n'avaient jusque là pas l'autorisation d'exercer.

Le coût moyen d'une sortie SMUR peut être calculé sur la base du besoin global de financement des SMUR (827 M€ environ) et du nombre de sorties SMUR annuelles (741 000 environ) : il correspond ainsi à 1116, 85 euros par sortie SMUR.

Dans la mesure où la mort inattendue du nourrisson correspond environ à 500 cas par an en France, dont la quasi-totalité devrait générer à l'avenir une sortie SMUR, le surcoût de cette mesure peut être évalué à environ 560 000 euros.

• *Prorogation de la durée légale de l'expérimentation relative aux transports sanitaires urgents*

Les dispositions relatives à l'expérimentation sur les transports sanitaires urgents n'ont pas d'impact financier à court terme sur les dépenses d'assurance maladie dans la mesure où les dérogations aux tarifs conventionnels des transporteurs sanitaires privés mises en place sont encadrées dans une enveloppe de dépenses plafonnée. Toutefois, dans la mesure où cette enveloppe expérimentale se fonde sur les dépenses de l'année N-1, la mesure conduit à stabiliser les dépenses de transport sanitaire urgent en les « gelant » sur le niveau des dépenses de l'année précédente et permet ainsi de ralentir la progression de la dépense.

• *Adaptation du dispositif « activités isolées » aux spécificités des établissements insulaires*

Les dispositions portant sur le forfait « activité isolée » ont des effets permanents sur les dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base en ce qu'elles présentent un coût qui peut être déterminé par application de la méthodologie de calibrage du forfait activité isolée (FAI), telle qu'elle est décrite dans l'arrêté du 4 mars 2016 (arrêté tarifs 2016) aux établissements qui entreraient dans le dispositif.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
ONDAM ES (dispositions portant sur la création d'un niveau intermédiaire de tarification)		+5	+5	+5	+5
ONDAM ES (dispositions portant sur l'administration et la facturation des produits de la RH)		+0,2	+0,2	+0,2	+0,2
Hors ONDAM ES (dispositions portant sur les modalités de calcul des indus en HAD)		-1	-1	-1	-1
ONDAM ES (dispositions portant sur la mort inattendue du nourrisson)		-0,6	-0,6	-0,6	-0,6
ONDAM ES (dispositions portant sur le forfait activité isolée)		-1,5	-1,5	-1,5	-1,5

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Sans objet

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

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

A travers le développement des prises en charge ambulatoires, la mesure aboutit, dans l'intérêt des patients, à réduire le nombre de séjours d'hospitalisation non pertinents.

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

S'agissant de la création d'une prestation intermédiaire et de la mise en place d'un cadre pour l'administration et la facturation des produits de la réserve hospitalière, des évolutions techniques des systèmes d'information de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et de la CNAMTS sont nécessaires. Ces adaptations entraînent pour les établissements de santé des évolutions en termes de recueil de leurs données d'activité qui devraient néanmoins rester limitées.

S'agissant de la mise en place d'une dotation « soins critiques », des évolutions seront apportées aux systèmes d'information de l'ATIH afin de prévoir les modalités de valorisation de la dotation.

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 nécessite l'adoption de décrets en Conseil d'Etat et d'arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale :

- s'agissant du volet « prestation intermédiaire », un décret en Conseil d'Etat et un arrêté interministériel créeront cette prestation, en définiront les conditions de facturation et de prise en charge ;
- s'agissant du volet « produits de la RH », un décret en Conseil d'Etat élargira les conditions d'administration des produits de la réserve hospitalière pour permettre une administration au cours d'une prise en charge en établissement de santé non suivie d'hospitalisation. Le support de facturation correspondant sera défini par décret en Conseil d'Etat et par arrêté interministériel ;
- S'agissant du volet « contrôles HAD », un décret en Conseil d'Etat devra prendre en considération l'impact de la redéfinition, au niveau législatif, des règles de calcul des indus sur les règles de niveau règlementaire (modification de l'article R. 162-42-12 CSS) ;
- s'agissant du volet « soins critiques », un décret en Conseil d'Etat définira les modalités selon lesquelles l'Etat détermine les éléments de calcul de la nouvelle dotation « soins critiques » (en complétant les articles R.162-42-1 et R.162-42-4 CSS) et les modalités de reversement éventuel des crédits mis en réserve via l'application d'un coefficient prudentiel. Seront également définies par voie règlementaire les modalités de montée en charge de la réforme et le périmètre d'application du nouveau modèle ;
- s'agissant du volet « FAI insulaire », une modification du décret n° 2015-186 du 17 février 2015 relatif aux modalités dérogatoires de financement des activités de soins des établissements de santé répondant à des critères d'isolement géographique sera nécessaire pour la mise en œuvre de la mesure.

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 volets de la mesure portant sur la prorogation de l'expérimentation relative aux transports sanitaires urgents et sur la mort inattendue du nourrisson ne nécessitent pas de délai de mise en œuvre pratique par les caisses.

La mise en œuvre pratique, s'agissant des volets « prestation intermédiaire », « administration de produits de la réserve hospitalière » et « FAI insulaire », est prévue dès la campagne tarifaire 2017. S'agissant du volet « contrôle HAD », elle est prévue dès la campagne de contrôle 2017 (les premiers contrôles sur site intervenant à compter de juin 2017).

Le volet « soins critiques » entrera en vigueur dès publication des textes réglementaires définissant le nouveau modèle de financement.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les expérimentations autorisées par l'article 66 de la LFSS de 2012 font l'objet d'un suivi régulier et précis de l'activité et de la consommation de l'enveloppe de dépenses expérimentales. Un comité de suivi de l'expérimentation est mis en place pour chacune de ces expérimentations et associe ARS, CPAM, représentants des transporteurs sanitaires, de l'établissement-siège de SAMU et le cas échéant du SDIS.

Ce comité de suivi se réunit de façon régulière.

En outre, chaque expérimentation locale fait l'objet d'un rapport d'évaluation à l'issue de chaque semestre. Ce rapport d'évaluation est communiqué au ministère chargé de la santé et la CNAMTS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 66 de la LFSS de 2012	Article 66 modifié de la LFSS de 2012 (expérimentation transports sanitaires urgents)
I. - Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficience de l'offre de transports sanitaires urgents en région.	I. Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012, et pour une période n'excédant pas ~~cinq~~ **huit** ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficience de l'offre de transports sanitaires urgents en région.
II. - Dans ce cadre, les expérimentations peuvent déroger aux dispositions suivantes :	II. - Dans ce cadre, les expérimentations peuvent déroger aux dispositions suivantes :
1° L'article L. 6312-5 du code de la santé publique, en tant qu'il concerne les conditions de réalisation des transports sanitaires urgents à la demande du service d'aide médicale urgente ;	1° L'article L. 6312-5 du code de la santé publique, en tant qu'il concerne les conditions de réalisation des transports sanitaires urgents à la demande du service d'aide médicale urgente ;
2° Le 6° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires dans le cadre de leur participation à la garde départementale et à la prise en charge des urgences préhospitalières. Les plafonds des montants des éléments de tarification des entreprises de transports sanitaires assurant la prise en charge des urgences préhospitalières ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de cette rémunération pour chaque région ou département participant à l'expérimentation sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	2° Le 6° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires dans le cadre de leur participation à la garde départementale et à la prise en charge des urgences préhospitalières. Les plafonds des montants des éléments de tarification des entreprises de transports sanitaires assurant la prise en charge des urgences préhospitalières ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de cette rémunération pour chaque région ou département participant à l'expérimentation sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
III. - Les agences régionales de santé, en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie, conduisent ces expérimentations. Ils déterminent les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la prise en charge des urgences préhospitalières à la demande du service d'aide médicale urgente en mobilisant l'ensemble des crédits affectés à cette prise en charge, comprenant les éléments de tarification et les crédits d'aide à la contractualisation affectés à l'indemnisation des services d'incendie et de secours en cas d'indisponibilité ambulancière en application de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.	III. - Les agences régionales de santé, en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie, conduisent ces expérimentations. Ils déterminent les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la prise en charge des urgences préhospitalières à la demande du service d'aide médicale urgente en mobilisant l'ensemble des crédits affectés à cette prise en charge, comprenant les éléments de tarification et les crédits d'aide à la contractualisation affectés à l'indemnisation des services d'incendie et de secours en cas d'indisponibilité ambulancière en application de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.
A cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous-comité des transports sanitaires de l'agence régionale de santé.	A cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous-comité des transports sanitaires de l'agence régionale de santé.
IV. - Une évaluation semestrielle de ces expérimentations,	IV. - Une évaluation semestrielle de ces expérimentations,

portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. V. - Six mois avant la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est transmis par le Gouvernement au Parlement. VI. - Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des organisations syndicales représentatives des entreprises de transports sanitaires concernées.	portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. V. - Six mois avant la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est transmis par le Gouvernement au Parlement. VI. - Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des organisations syndicales représentatives des entreprises de transports sanitaires concernées.
Article L. 133-4 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-4 modifié du code de la sécurité sociale (modification au titre de la sous mesure « contrôle HAD »)**
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. 160-8, 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 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. Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. 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	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. 160-8, 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 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. **Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré de la somme correspondant aux tarifs des actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code qui auraient dû être facturés à raison de l'activité réalisée.** 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. Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le

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 quatre alinéas qui précèdent.	montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. 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 quatre alinéas qui précèdent.
	Article L. 162-22-6-1 nouveau du code de la sécurité sociale (création au titre de la sous mesure « prestation intermédiaire »)
	La prise en charge d'une affection impliquant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux *a* à *e* de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° de l'article L. 162-22-6. **Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article, notamment les critères permettant la prise en charge de cette prestation par les régimes obligatoires de sécurité sociale.**
Article L. 162-22-7 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-22-7 modifié du code de la sécurité sociale (modification au titre de la sous mesure « liste en sus / réserve hospitalière »)**
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-	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. 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. 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. II. - Lorsque l'agence régionale de santé constate, notamment sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au I, au sein d'un établissement de santé, des prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, elle peut conclure un avenant annuel au contrat mentionné au 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.	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. 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. 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. II. - Lorsque l'agence régionale de santé constate, notamment sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au I, au sein d'un établissement de santé, des prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, elle peut conclure un avenant annuel au contrat mentionné au 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. 162-22-8-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-22-8-1 modifié du code de la sécurité sociale (FAI insulaires)**

Lorsqu'elles répondent à des critères d'isolement géographique, les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par des établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population peuvent être financées selon des modalités dérogatoires aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10, sous réserve que les prestations d'hospitalisation assurées par ces établissements et la situation financière de ceux-ci le justifient. Un décret en Conseil d'Etat détermine ces modalités dérogatoires de financement, les critères permettant de caractériser l'isolement géographique des activités concernées ainsi que les critères d'éligibilité des établissements de santé tenant, d'une part, à la densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés et, d'autre part, aux prestations qu'ils assurent et à leur situation financière. La liste des établissements exerçant des activités auxquelles s'appliquent les modalités de financement définies au premier alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition, pour chaque région, du directeur général de l'agence régionale de santé.	Lorsqu'elles répondent à des critères d'isolement géographique, les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par des établissements de santé ~~*situés dans des zones à faible densité de population*~~ peuvent être financées selon des modalités dérogatoires aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10, sous réserve que les prestations d'hospitalisation assurées par ces établissements et la situation financière de ceux-ci le justifient. Un décret en Conseil d'Etat détermine ces modalités dérogatoires de financement, les critères permettant de caractériser l'isolement géographique des activités concernées ainsi que les critères d'éligibilité des établissements de santé tenant, d'une part à la densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés **sauf lorsqu'il s'agit d'un territoire insulaire** et, d'autre part, aux prestations qu'ils assurent et à leur situation financière. La liste des établissements exerçant des activités auxquelles s'appliquent les modalités de financement définies au premier alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition, pour chaque région, du directeur général de l'agence régionale de santé.
	Nouvel article L. 162-22-8-3 du code de la sécurité sociale (soins critiques)
	Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, les établissements de santé mentionnés aux *a, b, c* et *d* du même article exerçant des activités de soins critiques, définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge, peuvent bénéficier d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et d'une dotation complémentaire.
Article L. 162-22-9-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-22-9-1 modifié du code de la sécurité sociale (soins critiques)**
I.-Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements. II.-Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.	I.-Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements. **II. - Le montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, peut être minoré par l'application du coefficient défini au I.** ~~*II.*~~**III-** Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.	ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article. **IV. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10 et le montant de cette dotation minoré dans les conditions définies au II.** Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-22-10 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-22-10 modifié du code de la sécurité sociale (soins critiques et prestation intermédiaire)**
I. - Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants : 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ; 2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ; 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ; 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 ; 5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2. Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés aux 2° et 5° le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis. II. - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états	I. - Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants : 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ; ~~*2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;*~~ **2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ;** 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux ~~*et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus,*~~ **,aux forfaits annuels et à la dotation mentionnés au 2°** des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ; 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 ; 5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2. Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés aux 2° et 5° le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis. II. - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états

provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. II bis. - Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations. III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. IV. - Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.	provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. II bis. - Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations. III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. IV. - Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.
Article L. 162-22-12 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-22-12 modifié du code de la sécurité sociale (soins critiques)**
L'Etat arrête le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 de chaque établissement.	L'Etat arrête le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 **et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, minorée, le cas échéant, dans les conditions définies au II de l'article L. 162-22-9-1** de chaque établissement.
Article L. 162-22-15 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-22-15 modifié du code de la sécurité sociale (soins critiques)**
Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 sont versés aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au d du même article, d'autre part, dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18. Les modalités d'application du présent article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.	~~*Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14*~~ **Les forfaits annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14** sont versés aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au d du même article, d'autre part, dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

	Les modalités d'application du présent article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-27 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-27 modifié du code de la sécurité sociale (abrogation au titre de la sous mesure « liste en sus / réserve hospitalière »)**
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.	~~*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.*~~
Article L. 174-15 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 174-15 modifié du code de la sécurité sociale (prestation intermédiaire et soins critiques)**
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.	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. 162-22-6-1,** L. 162-22-7, L. 162-22-8, **L. 162-22-8-3,** L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13,

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.	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.
Article L. 6312-1 actuel du code de la santé publique	**Article L. 6312-1 modifié du code de la santé publique (MIN)**
Constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet. Le transport de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de la personne décédée jusqu'à l'établissement de santé autorisé à pratiquer ces prélèvements. Les transports des personnels de défense effectués à l'aide des moyens propres aux armées ne constituent pas des transports sanitaires.	Constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet. Le transport de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de la personne décédée jusqu'à l'établissement de santé autorisé à pratiquer ces prélèvements. **Le transport médicalisé d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, ainsi que le transport de leurs représentants légaux en vue d'une prise en charge adaptée, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de l'enfant décédé jusqu'à l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements.** Les transports des personnels de défense effectués à l'aide des moyens propres aux armées ne constituent pas des transports sanitaires.
Article L. 2223-43 actuel du code général des collectivités territoriales	**Article L. 2223-43 modifié du code général des collectivités territoriales (MIN)**
Les établissements de santé publics ou privés qui assurent le transport de corps avant mise en bière et le transfert de corps dans une chambre funéraire doivent être titulaires de l'habilitation prévue à l'article L. 2223-23 au seul vu de la capacité professionnelle des agents et de la conformité des véhicules aux prescriptions fixées par les décrets visés	Les établissements de santé publics ou privés qui assurent le transport de corps avant mise en bière et le transfert de corps dans une chambre funéraire doivent être titulaires de l'habilitation prévue à l'article L. 2223-23 au seul vu de la capacité professionnelle des agents et de la conformité des véhicules aux prescriptions fixées par les décrets visés

aux 2° et 5° du même article. Cette habilitation peut être retirée dans les conditions prévues à l'article L. 2223-25. Les dispositions des deux premiers alinéas du même article ne s'appliquent pas aux établissements de santé publics ou privés qui assurent le transport des corps de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, vers les établissements de santé autorisés à pratiquer ces prélèvements. Ces établissements ne peuvent exercer aucune autre mission relevant du service extérieur des pompes funèbres.	aux 2° et 5° du même article. Cette habilitation peut être retirée dans les conditions prévues à l'article L. 2223-25. Les dispositions des deux premiers alinéas du même article ne s'appliquent pas aux établissements de santé publics ou privés qui assurent le transport des corps de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, vers les établissements de santé autorisés à pratiquer ces prélèvements~~.~~ **ou qui assurent le transport d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, vers l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements.** Ces établissements ne peuvent exercer aucune autre mission relevant du service extérieur des pompes funèbres.

ARTICLE 45 - Soins de suite et de réadaptation : intégration dans la réforme « hôpitaux de proximité » et adaptation du modèle de financement

I. Présentation de la mesure

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

La mesure proposée permet d'adapter un certain nombre de paramètres de la réforme du financement des établissements de SSR :

a) Concernant l'extension de la réforme des hôpitaux de proximité aux activités de soins de suite et de réadaptation remplissant un certain nombre de critères :

Les travaux techniques réalisés à la suite de l'adoption de l'article 78 de la LFSS pour 2016, corroborés par le rapport du comité du Dr Olivier Véran, ont mis en lumière la nécessité de prendre en considération les activités de soins de suite et de réadaptation remplissant une mission de proximité. Pour garantir la pérennité de ces structures, il est apparu nécessaire de leur assurer une place spécifique dans l'offre de soins et un mode de financement adapté.

b) Concernant les ajustements relatifs à la mise en œuvre du modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation :

La concertation menée avec les acteurs concernés ainsi que les travaux techniques engagés pour préparer la mise en œuvre de la réforme ont montré la nécessité de prévoir des ajustements au modèle et à sa montée en charge à la fois pour garantir la soutenabilité de la réforme pour les établissements concernés mais également pour répondre aux difficultés techniques relatives à l'adaptation des systèmes d'information.

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

a) Mesure proposée

Concernant l'extension de la réforme des hôpitaux de proximité aux activités soins de suite et de réadaptation remplissant un certain nombre de critères propres :

La mesure a pour objet d'étendre la réforme « hôpitaux de proximité » à l'activité de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé dès lors qu'ils remplissent un certain nombre de critères définis par décret. L'objectif de la mesure est tout d'abord organisationnel, puisqu'il permet d'apporter une visibilité dans le positionnement de ces structures dans la gradation des soins ainsi que dans le cadre de la constitution des groupements hospitaliers de territoire. Elle permettra également d'assurer une garantie de financement aux activités de soins de suite et de réadaptation remplissant les critères définis lors des travaux techniques à venir.

Cette extension est prévue pour une entrée en vigueur au 1er mars 2018, permettant de donner de la visibilité aux établissements de santé tout en conservant un délai indispensable à la poursuite des travaux notamment ceux portant sur la définition des critères propres à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Concernant les ajustements relatifs à la mise en œuvre du modèle de financement SSR

La mesure poursuit deux objectifs principaux dans le cadre de la mise en œuvre du modèle de financement des établissements de SSR dès 2017 :

- **La mise en place d'une année de transition du 1er mars 2017 au 28 février 2018, combinant les modalités antérieures de financement et le dispositif prévu par la réforme :**

L'objectif est de proposer des modalités de mise en œuvre de la mesure en 2017 qui soient compatibles avec le calendrier d'adaptation des établissements de santé et des systèmes d'information de la CNAMTS. Elle a également vocation à limiter les effets revenus pour les établissements de santé. Cette année à faible impact pour les établissements de santé pourra être mise à profit pour simplifier les outils, notamment la classification médico économique sur laquelle se fonde les tarifs et ce, en se confrontant aux remontées des acteurs de terrain qui auront expérimenté ces outils.

La mesure se traduit ainsi par la mise en place d'une année de transition du 1er mars 2017 au 28 février 2018 combinant les modalités antérieures de financement des deux secteurs (c'est-à-dire la dotation globale pour les établissements sous dotation annuelle de financement et les forfaits journaliers pour les établissements financés dans le cadre de l'objectif quantifié national) avec le dispositif prévu par la réforme (à savoir une dotation modulée à l'activité).

Il convient de noter que, dès le 1er janvier 2017, l'ensemble du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation sera régulé à travers un objectif de dépenses SSR commun aux établissements de santé actuellement financés par dotation annuelle de financement et dans le cadre de l'objectif quantifié national.

- **Une montée en charge progressive des différents compartiments composant le modèle de financement**

Le compartiment missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, déjà mis en œuvre en 2016, entrera pleinement en vigueur au 1er janvier 2017 selon les modalités prévues par l'article 78 de la LFSS pour 2016. De la même manière, conformément aux dispositions de la LFSS pour 2016, le forfait d'incitation financière à la qualité entrera en vigueur au 1er janvier 2017.

Le financement du compartiment plateaux techniques spécialisés (PTS) sera mis en œuvre au 1er janvier 2017, par le biais d'une mission d'intérêt général. Afin de permettre un certain nombre d'adaptations techniques, le financement par le forfait annuel « plateaux techniques spécialisés », tel que prévu par l'article L. 162-23-9 du code de la sécurité sociale, s'appliquera à compter du 1er janvier 2018.

Les actes et consultations externes des établissements actuellement sous dotation annuelle de financement pourront être facturés à compter du 1er janvier 2017. La mise en œuvre de cette facturation sera néanmoins progressive, sa montée en charge étant alignée sur le calendrier d'entrée en vigueur du modèle de financement des activités de SSR. En pratique, la facturation des actes et consultations externes sera affectée d'un coefficient dont la valeur sera définie par arrêté (par exemple, 25% pour l'année 2017).

Le compartiment molécules onéreuses entrera pleinement en vigueur à compter de 2018 afin de permettre la finalisation des travaux techniques nécessaires à sa mise en œuvre. Néanmoins, en 2017, l'effort engagé en 2016 pour accompagner les établissements sous dotation annuelle de financement consommateurs de molécules onéreuses sera poursuivi et amplifié afin de garantir un financement optimal de ces traitements dans l'attente de la mise en œuvre du compartiment. Par ailleurs, un certain nombre d'ajustements mis en lumière par les travaux techniques complémentaires qui ont suivi la LFSS pour 2016 permettront la mise en place du modèle dans des conditions optimales. Ces ajustements portent sur les points suivants :

Le périmètre des tarifs : la dotation modulée à l'activité est fondée sur une classification médico-économique à laquelle sont associés des tarifs, dont le périmètre doit être clarifié. Cette question ne concerne que les établissements sous OQN, qui emploient des praticiens salariés et des praticiens libéraux. La mesure propose la mise en place, pour ces établissements, d'une échelle excluant les honoraires médicaux ce qui permettra aux praticiens libéraux de facturer l'ensemble de leurs prestations directement à l'assurance maladie[1].

Les modalités de calcul de la participation du patient pour les établissements actuellement sous DAF seront fondées sur les tarifs journaliers de prestations (TJP) : Les modalités de calcul de la participation du patient pour les établissements sous DAF sont désormais alignées sur les dispositions existantes pour le MCO. En conséquence, cette participation est assise sur les tarifs journaliers de prestations, de manière dérogatoire, jusqu'au 31 décembre 2019.

L'application d'un coefficient de spécialisation dès le 1er mars 2017 : ce coefficient, fortement réclamé par les acteurs, a vocation à prendre en compte la spécialisation des établissements, et notamment leurs scores de rééducation/réadaptation. Il sera prévu pour une période de cinq ans. A l'issue de ces cinq années, les charges liées à la spécialisation auront vocation à être captées par la classification.

L'application d'un tarif de responsabilité : ce tarif de responsabilité permettra de déterminer le régime de financement des établissements privés prévus au *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, qui ne sont pas conventionnés avec l'assurance maladie.

Enfin, les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code la santé publique demeureront financées selon les modalités antérieures à la mesure. En effet, la spécificité de prise en charge des patients au sein de ces structures justifie le maintien d'un financement dérogatoire.

b) Autres options possibles

L'unique option envisageable était de ne pas introduire de modifications en LFSS. Une telle option n'est pas souhaitable et aurait impliqué un certain nombre de difficultés :

- Les activités de SSR n'auraient pas pu bénéficier de la réforme des hôpitaux de proximité, jusqu'alors limitée aux activités de médecine ;
- L'année de transition permettant de combiner les anciennes et nouvelles modalités de financement des activités de soins de suite et de réadaptation n'aurait pas pu être mise en place, ce qui aurait impliqué des difficultés techniques d'adaptation des systèmes d'information pour la Caisse nationale des travailleurs salariés et des effets revenus potentiellement importants pour l'ensemble des établissements de santé ;
- Les ajustements du modèle n'auraient pas pu être intégrés, ce qui n'aurait pas permis de prendre en compte les conclusions des travaux techniques développés suite à la loi de financement de la sécurité sociale pour

[1] Quant aux praticiens salariés, c'est l'établissement qui pourra facturer en leurs noms les actes correspondant à leurs activités.

2016, notamment concernant le périmètre des tarifs des établissements actuellement financés dans le cadre de l'objectif quantifié national.

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

L'inscription en LFSS se justifie par ses effets directs, en dépenses, sur l'équilibre des régimes d'assurance maladie, en application du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS.

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

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

Le conseil de l'UNCAM 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. 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 les articles suivants :

- Les articles L. 162-22-8-2, L. 162-23-4 et L. 174-1-1 de la sécurité sociale ;
- L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique.

La mesure créée l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, suite au changement d'emplacement et à la modification de l'article L. 162-22-8-2 du même code.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure n'implique pas l'abrogation de dispositions obsolètes.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*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

La mise en place de la réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation induit une charge supplémentaire en 2017. En effet, afin d'accompagner les établissements pour lesquels le rythme de transition proposé par la loi ne serait pas soutenable, des crédits seront prévus de manière ponctuelle au sein de l'ONDAM 2016, à hauteur de 5,7M€.

De surcroit, le nouveau modèle de financement des soins de suite et réadaptation, objet de la présente mesure, 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.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017 P ou R	2018	2019	2020
		6			

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

a) impacts économiques

La mise en place de la phase de montée en charge du modèle de financement des SSR en 2017, entraînera une évolution des comportements des établissements, qui seront financés, même sur une partie limitée, à l'activité.

Ils seront ainsi incités à développer leur activité en optimisant leurs capacités et en améliorant leurs durées de séjour. La réforme du financement de SSR à vocation à rationaliser les pratiques tout en assurant une allocation des crédits optimisée.

Plus spécifiquement, les établissements de SSR devraient améliorer leurs modalités de recueil d'activité. Cette amélioration du codage est par ailleurs indispensable dans le cadre de cette phase d'amorçage, et permettra ainsi d'ajuster les outils dans la perspective de la mise en place du modèle cible.

b) impacts sociaux

Sans objet.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***Impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

- ***impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

La mesure est sans impact sur les assurés et les redevables.

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

La mesure permettra aux caisses de sécurité sociale de disposer d'un délai pour adapter leurs systèmes d'information dans le cadre de la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation.

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

La mesure est sans impact sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

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

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

Un certain nombre de textes d'application devront être pris pour mettre en œuvre la réforme du financement des établissements de SSR.

Ces textes avaient déjà été prévus dans le cadre de la LFSS pour 2016, mais devront faire l'objet de quelques adaptations suite aux modifications prévues par la proposition de mesure.

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 prévoit plusieurs dispositions transitoires :

- La mise en place d'une année de transition du 1er mars 2017 au 1er mars 2018, combinant les modalités antérieures de financement et le dispositif prévu par la réforme ;
- La mise en place progressive des compartiments du modèle de financement;
- L'application dérogatoire d'un financement fondé sur le tarif journalier de prestations pour les établissements actuellement financés sous dotation annuelle de financement.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Il n'existe pas de suivi spécifique de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-22-8-2 actuel du code de la sécurité sociale	
~~*Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, les activités de médecine exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du présent code et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.*~~	
Article L. 162-23-4 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-23-4 modifié du code de la sécurité sociale**
Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 : 1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ; 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ; 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ; 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ; 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ; 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7. Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°. Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.	**I.-** Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 : 1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ; 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements**, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical**. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ; 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ; 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ; 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ; 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7. Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°. Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°. **II.- Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les**

	établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.
	Nouvel article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale
	Par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.
Article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale actuel	**Article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale modifié**
Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes : 1° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ; 2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ; 3° Les activités mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 ; 4° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ; 5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ; 6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ; 7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné. Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du 7° du présent article et des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du	Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes : 1° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ; 2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ; 3° Les activités mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 ; 4° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ; 5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ; 6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ; 7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné~~.~~ **;** **8° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique.** Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du 7° du présent article et des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du code de la santé publique.

code de la santé publique.	
Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il distingue la part afférente à chacune des activités mentionnées au 1°. Ce montant 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. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.	Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il distingue la part afférente à chacune des activités mentionnées au 1°. Ce montant 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. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.
Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation des soins et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.	Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation des soins et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.
Article L. 6111-3-1 du code de la santé publique actuel	**Article L. 6111-3-1 du code de la santé publique modifié**
I.-Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, l'orientation des patients vers des structures dispensant des soins de second recours.	I.-Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, l'orientation des patients vers des structures dispensant des soins de second recours.
II.-Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.	II.-Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine **ou de soins de suite et de réadaptation**. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.
Le volume de leur activité de médecine n'excède pas un seuil défini dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	Le volume de leur activité de médecine ~~*n'excède pas un seuil défini*~~ **ou celui de leur activité de soins de suite et de réadaptation n'excède pas un seuil défini, qui peut être différencié pour chacune de ces activités,** dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.
III.-Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité au regard des besoins de la population et de l'offre de soins dans la région.	III.-Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité au regard des besoins de la population et de l'offre de soins dans la région. **La liste distingue les établissements reconnus comme hôpitaux de proximité au titre de leur activité de médecine ou de soins de suite et de réadaptation.**
IV.-Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de révision de la liste mentionnée au III.	IV.-Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.

Article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 actuel	**Article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifié**
III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes. A.-Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° du même article peut être différencié entre les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux d et e du même article, d'autre part. B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré. Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er mars 2017 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022. Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé. L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional. La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.	III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes. A.-Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale**, à compter du 1er mars 2018** et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° du même article peut être différencié entre les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux d et e du même article, d'autre part. B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale**, à compter du 1er mars 2018** et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré. Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er mars ~~*2017*~~ **2018** et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022. Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé. L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional. La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.

C.-Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa. Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code. L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes. La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1er mars 2020 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.	C.-Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa. Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code. L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes. La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1er mars 2020 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code. **D. A compter du 1er mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 du même code, sont affectées d'un coefficient de majoration.** **Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er er mars 2022.**

	Les modalités de détermination sont définies par décret en Conseil d'Etat. **E.- Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées selon les modalités suivantes :** **1°- Du 1er janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3° ci-après ;** **2° Du 1er mars 2017 au 28 février 2018, elles sont financées par deux montants cumulatifs :** **a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi.** **En application du précédent alinéa, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale des établissements mentionnés au *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code sont affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au précédent alinéa ;** **b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon les modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;** **3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1er janvier 2017 sauf en ce qui concerne :** **a) Le financement complémentaire, mentionné au *a* du 2° de l'article L. 162-23-2, prenant en charge les**

	molécules onéreuses, applicable à compter du 1er mars 2018 ; **b) Le financement complémentaire, mentionné au *b* du même article, prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1er janvier 2018 ;** **4° La prise en charge des actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définie à l'article L. 162-26, est applicable au 1er janvier 2017 à hauteur d'une fraction dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.** **5° Du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 est constitué :** **a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, dans les conditions prévues au 1° et au 4° du E pour la période du 1er janvier 2017 au 28 février 2017 ;** **b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, dans les conditions prévues au 2° et au 4° du E pour la période du 1er mars 2017 au 31 décembre 2017 ;** **6° Du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :** **a) Pour la période du 1er janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dans les conditions prévues au 2° et au 5° du présent E ;** **b) Pour la période du 1er mars 2018 au 31 décembre 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 telles que prévues par l'article L. 162-23.** **F.- Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1er mars 2017 au 28 février 2018, le montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2.** **Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22.** **Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.**

	L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E et arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2. **L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.** **Les modalités d'application du F sont définies par décret en Conseil d'Etat.** **G.- Dans les établissements de santé mentionnés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.** **Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du même code sont fixées par voie réglementaire.** **L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004** **Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie Française, 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.
IV.-Du 1er janvier au 31 décembre 2016, par dérogation aux articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation. Les engagements des établissements de santé sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent : 1° La liste des missions financées par cette dotation ainsi que les critères d'attribution aux établissements ; 2° Le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans des conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale. V.-Du 1er janvier 2016 au 28 février 2017, un montant afférent aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.	IV.-Du 1er janvier au 31 décembre 2016, par dérogation aux articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation. Les engagements des établissements de santé sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent : 1° La liste des missions financées par cette dotation ainsi que les critères d'attribution aux établissements ; 2° Le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans des conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale. V.-Du 1er janvier 2016 au 28 février ~~2017~~ **2018,** un montant afférent aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.
	VI.- Du 1er janvier 2017 au 28 février 2018, par dérogation au 8° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la présente loi.

ARTICLE 46 - Accompagnement des réformes de la tarification dans le secteur médico-social

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre, nécessité de l'intervention du législateur et présentation de la mesure retenue

Les réformes récentes relatives au financement des établissements médico-sociaux ont pour objectif, via la rénovation du cadre contractuel et l'amélioration de l'efficience des financements, d'améliorer le pilotage du secteur et l'adéquation entre les moyens alloués et les besoins des publics pris en charge. Cependant certains ajustements sont indispensables afin de garantir un meilleur pilotage des crédits, la sécurisation de l'objectif global de dépenses et l'articulation des politiques menées sur les deux champs. Par ailleurs, des dispositions de coordination et de simplification apparaissent également nécessaires afin d'assurer une cohérence de l'ensemble des textes législatifs applicables à différentes catégories de contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM).

Sur le champ des personnes âgées

Dans le secteur des établissements pour personnes âgées, la loi portant adaptation de la société au vieillissement prévoit une réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se traduisant par une modification de l'allocation de ressource qui reposera à partir du 1er janvier 2017 sur une équation tarifaire (basée sur la mesure du degré de dépendance et du besoin de soins des personnes accueillies dans chaque établissement) à laquelle peuvent s'ajouter des financements complémentaires, par l'obligation de signature de CPOM et par la mise en place d'un nouveau cadre de présentation budgétaire, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

La loi prévoit également les dispositions applicables aux établissements et services pendant la période précédant la signature du CPOM (le passage sous CPOM s'effectuant progressivement, sur une période de 5 ans). Toutefois, ces dispositions transitoires doivent être complétées et précisées s'agissant des modalités d'affectation du résultat ou de fixation des montants des financements complémentaires à l'équation tarifaire, afin de permettre aux agences régionales de santé (ARS) et aux conseils départementaux de disposer de leviers adaptés pendant le dialogue budgétaire avec les établissements, sans attendre la signature d'un CPOM. Les ajustements proposés portent plus précisément :

sur l'affectation du résultat par le gestionnaire : aujourd'hui la loi dispose que le CPOM fixe les modalités d'affection des résultats en lien avec ses objectifs, la présente mesure propose, par cohérence, dans l'attente de la signature du CPOM, de donner un pouvoir de révision de l'affectation des résultats aux autorités tarificatrices ;

sur les modalités de détermination des financements complémentaires : aujourd'hui le mécanisme prévu dans la phase précédent la signature du CPOM est une reconduction du montant attribué l'année précédente majoré d'un coefficient d'actualisation fixé nationalement par arrêté ; la mesure proposée vise à supprimer cette indexation automatique qui prive l'ARS de toute latitude pour adapter annuellement ces financements à la situation particulière de chaque établissement.

S'agissant du CPOM, le présent article précise le caractère prévisionnel des montants des financements complémentaires inscrits dans le contrat : le montant versé chaque année dépend de la situation de l'établissement et des crédits disponibles au sein de l'ARS au regard de sa dotation régionale limitative et des priorités qu'elle a identifiées et constituent donc, par nature, une prévision.

Enfin, la réforme de la tarification des EHPAD a réaffirmé le rôle central de l'évaluation, régulièrement actualisée, du besoin en soins et du niveau de dépendance des résidents. Selon la loi, ces évaluations doivent aujourd'hui être impérativement réalisées par des médecins appartenant à aux équipes médico-sociales départementales (pour l'évaluation du niveau de dépendance) et par des médecins des ARS (pour l'évaluation du besoin de soins). Ces équipes représentent des ressources limitées, parfois insuffisantes pour permettre une actualisation régulière des évaluations, Il est en conséquence proposé de donner la possibilité au président du conseil départemental et au directeur général de l'ARS de désigner des médecins à l'extérieur de ces équipes.

Sur le champ des personnes handicapées et des Services de soins infirmiers à domicile

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a introduit l'obligation de conclure un CPOM sur le champ personnes handicapées. La signature du contrat s'accompagne du passage, pour les établissements, d'un financement en « prix de journée » à un financement en dotation globale. Ce nouveau mode de financement permet de garantir le pilotage de l'enveloppe médico-sociale et de réduire les risques de dépassement observés sur les exercices récents, liés à une surestimation récurrente de certains prix de journée. Toutefois, le changement de mode de tarification peut s'accompagner d'un effet négatif sur l'activité des structures et plus largement sur l'offre proposée. En effet, il a été

constaté pour certains établissements une diminution significative de leur taux d'occupation à l'occasion du passage d'une tarification en prix de journée (directement corrélée au taux d'occupation) à un financement par dotation forfaitaire (qui par définition ne s'ajuste pas spontanément au taux d'occupation). D'une façon plus générale, on peut observer que les taux d'occupation sont plus élevés dans les établissements à prix de journée que dans les établissements sous dotation ou forfait global de soins. Ce constat rend d'autant plus nécessaire de s'assurer que le passage en dotation globale ne conduise pas, malgré les efforts consentis sur les créations de places, à une réduction des capacités d'accueil. A cette fin, la mesure proposée ouvre la possibilité aux autorités tarificatrices d'inclure dans le CPOM des mécanismes de modulation des dotations en fonction d'objectifs d'activité figurant au contrat.

Sur les deux champs

En vertu de la généralisation du CPOM, les tutelles et les gestionnaires sont amenés à définir ensemble les objectifs relatifs à l'amélioration et l'organisation de l'offre. Ces objectifs peuvent être soutenus par les marges dégagées au niveau régional et issues notamment de la réforme des règles de caducité des autorisations. En effet, aujourd'hui, certaines autorisations, pour lesquelles un commencement de travaux peut avoir été constaté, ne donnent jamais lieu à installation effective des places. Dans ce cas, en application des règles en vigueur, l'autorisation ne peut pas être retirée et les crédits permettant le financement de l'établissement, ne peuvent en conséquence pas être redéployés, ce qui a pu freiner la mise en œuvre des créations de places et empêcher la redistribution des crédits entre territoires.

Il est donc proposé de refondre les règles de déchéance des autorisations afin de faciliter, pour les autorités de tarification, la déclaration de caducité et la récupération des crédits liés aux autorisations de création de places qui ne se concrétiseront pas. Les critères et le délai de caducité sont donc modifiés afin de répondre à cet objectif et renvoient désormais à l'ouverture effective de la structure (et non plus au commencement des travaux). Toutefois, si l'ouverture au public n'a pas lieu dans le délai déterminé par décret, pour des raisons objectives et non imputables à l'établissement ou à la structure, l'autorité de tarification pourra prolonger ce délai.

Par ailleurs, pour les établissements qui rencontrent des difficultés financières, et notamment ceux qui présentent des déséquilibres récurrents, il est impératif de pouvoir intégrer au sein du CPOM les éléments nécessaires à leur suivi, aujourd'hui uniquement réalisé par le biais de la tarification. Cela permettra aux autorités de tarification, à l'instar de ce qui existe dans le champ sanitaire, d'accompagner le gestionnaire dans l'élaboration et la mise en œuvre des mesures de corrections nécessaires pour redresser leurs trajectoires financières. Elles pourraient également évaluer leur mise en œuvre dans le cadre du suivi du contrat et de l'examen de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses, soumis à leur approbation expresse. C'est pourquoi il est proposé d'ouvrir la possibilité d'annexer aux CPOM un plan de retour à l'équilibre.

Enfin, certaines mesures correctives du droit en vigueur sont proposées afin d'articuler au mieux les dispositifs de tarification et de suivi mais aussi d'en assurer l'effectivité :

- les modalités de reversement des sommes indues sont précisées. En effet, elles viennent en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à reverser est constaté, ou de l'exercice qui suit.
- la possibilité de négocier concomitamment le CPOM et l'autorisation de frais de siège est inscrite.
- des mesures d'articulation des exigences liées à la gouvernance des établissements publics et des procédures de contractualisation et de tarification sont précisées.
- la mention des conventions tripartites obligatoires dans le champ de la contractualisation est supprimée.

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

Cette mesure, qui modifie des régimes contractuels définis au niveau législatif, présente un impact sur les dépenses de l'année et des années ultérieures qui affectent directement l'équilibre financier de l'assurance maladie, et trouve sa place en LFSS en application des 1° et 2° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS.

En effet, elle comporte un ensemble cohérent de dispositions qui permettent de moduler le niveau des crédits alloués en particulier au niveau régional (nouvelles règles de déchéance des crédits, possibilité de modulation des dotations en fonction de l'activité des établissements d'accueil des personnes handicapées, assouplissement de la fixation des montants des financements complémentaires pour les EHPAD), de dégager des marges de manœuvre régionales pour accompagner la contractualisation et de maîtriser les déficits des structures (notamment par la possibilité d'annexer au CPOM un plan de retour à l'équilibre) et donc in fine les dépenses d'assurance maladie allouées à ce secteur.

II. Consultations 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 sont 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 sont 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.

Il convient de rappeler que 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 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

Modification des articles L.313-1, L.313-11, L313-12 (IV ter), L313-12-2, L313-14-1, L.313-14-2, L. 314-6, L314-7, L.314-9, L.315-12, L315-15 du code de l'action sociale et des familles

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Suppression de la mention des conventions tripartites obligatoires à l'article L. 313-11.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Applicable*
Mayotte	*Applicable*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*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

Les différentes composantes de la mesure proposée auront un impact sur les finances de la sécurité sociale, grâce à un pilotage renforcé de la dépense au plus près des besoins réels des établissements :

- la possibilité de mettre en place de véritables plans de retour à l'équilibre négociés entre les autorités tarificatrices et les établissements médico-sociaux les plus en difficulté permettront de réduire progressivement les déficits de ces établissements, ce qui réduira concomitamment le besoin de financement, venant diminuer les crédits de l'OGD consacrés aux reprises de déficit : ces reprises ont atteint en moyenne 80 M€ en 2012 et 2013, une réduction de 5% des déficits en 2017 représenterait ainsi un gain sur l'OGD et l'ONDAM médico-social de 4 M€ ;

- la possibilité de moduler la dotation forfaitaire des établissements d'accueil des personnes handicapées pour lesquelles on observe une baisse significative de l'activité à la suite de l'abandon d'un financement en prix de journée vise avant tout à maintenir l'activité et à prévenir des effets négatifs de pénurie de l'offre. Il est toutefois prévisible que, au moins à titre transitoire, certaines dotations seront révisées à la baisse par les ARS en application de cette modulation. Chaque année, environ 600 M€ seront basculés du prix de journée en dotation forfaitaire : en faisant l'hypothèse que la modulation représente 1,5% de cette somme la première année, puis diminue de 0,5% chaque année au fur et à mesure que les établissements améliorent leur taux d'occupation en réponse à cette disposition, celle-ci représentera une économie annuelle pour l'OGD et l'ONDAM de 9 M€ en 2017 (1,5% x 600 M€ pour la cohorte 2017), 15 M€ en 2018 (1% x 600 M€ pour la cohorte 2017 et 1,5% x 600 M€ pour la cohorte 2018), 18 M€ en 2019 et 18 M€ en 2020.

Par ailleurs, les nouvelles règles de déchéance devraient permettre aux ARS de récupérer des crédits aujourd'hui immobilisés dans des projets dont les travaux ont été lancés mais qui n'ont plus réellement de chance d'aboutir (notamment en raison de contentieux répétés) : une première enquête de la CNSA auprès des ARS évoque des montants de l'ordre de 2 M€.

Au total l'impact positif sur l'OGD et sur l'ONDAM atteindrait selon ces hypothèses une dizaine de millions d'euros par an.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
		13	23	30	34

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

a) impacts économiques

L'impact économique de cet ensemble de mesures sur les établissements et services médico-sociaux passera principalement par les canaux suivants :

- la possibilité de moduler la dotation forfaitaire des établissements d'accueil des personnes handicapées pour lesquels on observe une baisse significative de l'activité à la suite de l'abandon d'un financement en prix de journée constitue un levier puissant d'incitation au maintien de l'activité pour prévenir toute diminution des recettes de ces établissements ;
- la signature de contrats de retour à l'équilibre permet un renforcement du dialogue de gestion entre tarificateurs et gestionnaires concernés qui doit notamment conduire à une plus grande efficience des dépenses des établissements. La réalisation des objectifs de tels contrats permettra d'améliorer la situation financière globale des organismes gestionnaires privés ou publics concernés, situation qui peut être prise en compte lors de la négociation de certains contrats (emprunts notamment) ;
- l'élargissement du champ des médecins pouvant être mandatés par les autorités tarificatrices pour faciliter l'actualisation des évaluations des niveaux de dépendances et de besoins de soins des résidents des EHPAD garantira, via l'application de l'équation tarifaire, une correcte adéquation des ressources des établissements à leur activité.

b) impacts sociaux

- ***impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes***

Cette mesure contribue à rénover le pilotage des établissements pour personnes âgées dépendantes et donc à améliorer la qualité de la prise en charge proposée. Ces structures accueillent un public féminin dans sa très grande majorité (en moyenne aux trois quarts).

- ***impact sur les jeunes***

Le périmètre de la mesure intègre les établissements et services accueillants des enfants et jeunes adultes en situation de handicap. Elle fait partie intégrante de la politique publique de lutte contre les inégalités notamment en matière de scolarisation et d'insertion sociale et professionnelle.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

La mesure proposée permet de garantir le déploiement de la contractualisation sur le champ des personnes handicapées et donc participe à la recherche d'une offre adaptée aux besoins et de qualité.

c) impacts sur l'environnement

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) Cette mesure n'a pas d'impact sur les assurés. impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations…)

Cette mesure n'a pas d'impact sur les caisses de la sécurité sociale. Elle donne des leviers supplémentaires aux agences régionales de santé et aux conseils départementaux dans le cadre de la tarification et de la contractualisation. Elle permettra également de suppléer, par le recours à des prestataires, l'action des médecins des ARS et des équipes médico-sociales départementales en matière d'évaluations du niveau de dépendance et des besoins de soins des résidents en EHPAD, là où les tensions sur ces personnels publics sont les plus fortes.

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 préciser les délais de caducité des autorisations. [Un décret en Conseil d'Etat devra en outre encadrer le dispositif de modulation de la tarification des établissements pour personnes handicapées.]

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. 313-1 actuel du code de l'action sociale et des familles	**Article L. 313-1 modifié du code de l'action sociale et des familles**
Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1, l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8.	Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1, l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8.
Toute autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai fixé par décret à compter de sa date de notification.	Toute autorisation est réputée caduque si **l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixés par décret. Ce même décret fixe également les conditions selon lesquelles l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 peut prolonger ce délai**~~.~~
Lorsque l'autorisation est accordée à une personne physique ou morale de droit privé, elle ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente concernée. Cette autorité assure la publicité de cette décision dans la forme qui lui est applicable pour la publication des actes et décisions à caractère administratif.	Lorsque l'autorisation est accordée à une personne physique ou morale de droit privé, elle ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente concernée. Cette autorité assure la publicité de cette décision dans la forme qui lui est applicable pour la publication des actes et décisions à caractère administratif.
Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente.	Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente.
Les dispositions du présent article sont applicables aux couples ou aux personnes qui accueillent habituellement de manière temporaire ou permanente, à temps complet ou partiel, à leur domicile, à titre onéreux, plus de trois personnes âgées ou handicapées adultes.	Les dispositions du présent article sont applicables aux couples ou aux personnes qui accueillent habituellement de manière temporaire ou permanente, à temps complet ou partiel, à leur domicile, à titre onéreux, plus de trois personnes âgées ou handicapées adultes.
Article L. 313-11 actuel du code de l'action sociale et des familles	**Article L. 313-11 modifié du code de l'action sociale et des familles**
Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.	~~*Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12 d*~~ Des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.
Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle prévue aux II et III de l'article L. 314-7.	Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle prévue aux II et III de l'article L. 314-7.
Ces contrats peuvent concerner plusieurs établissements	Ces contrats peuvent concerner plusieurs établissements

et services.	et services.
Article L. 313-12 actuel du code de l'action sociale et des familles	**Article L. 313-12 modifié du code de l'action sociale et des familles**
IV ter.-A.-La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés. Lorsqu'un organisme gère plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale qui en est gestionnaire, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. Sous réserve de l'accord des présidents de conseils départementaux concernés et du directeur général de l'agence, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région. Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial.	IV ter.-A.-La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés. Lorsqu'un organisme gère plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale qui en est gestionnaire, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. Sous réserve de l'accord des présidents de conseils départementaux concernés et du directeur général de l'agence, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région. Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial.
Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret. B.-Le contrat est conclu pour une durée de cinq ans. Le contrat fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs. Le cas échéant, il précise la nature et le montant des financements complémentaires mentionnés au I de l'article L. 314-2. Pour les établissements et les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ce contrat vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 et de l'article L. 342-3-1. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens respecte le cahier des charges comprenant notamment un modèle de contrat, établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale. Par dérogation aux II et III de l'article L. 314-7, ce contrat	Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret. B.-Le contrat est conclu pour une durée de cinq ans. Le contrat fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs. Le cas échéant, il précise la nature et le montant prévisionnel des financements complémentaires mentionnés au I de l'article L. 314-2. Pour les établissements et les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ce contrat vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 et de l'article L. 342-3-1. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens respecte le cahier des charges comprenant notamment un modèle de contrat, établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale. **Par dérogation aux II et III de l'article L. 314-7, ce**

fixe les éléments pluriannuels du budget des établissements et des services. Il fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs.	**contrat fixe les éléments pluriannuels du budget des établissements et des services. Il fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs.** Dans l'attente de la signature du contrat, les autorités de tarification peuvent réviser les propositions d'affectation des résultats **sur la base** de l'examen de l'état **des prévisions de recettes et de dépenses.** **Sans préjudice des dispositions des articles L. 315-14 et L. 313-14-1, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.**
C.-La personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 314-7-1 pour les établissements et les services relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.	C.-La personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 314-7-1 pour les établissements et les services relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.
Le reste sans changement	*Le reste sans changement*
Article L. 313-12-2 actuel du code de l'action sociale et des familles	**Article L. 313-12-2 actuel du code de l'action sociale et des familles**
Les établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et, le cas échéant, de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge.	Les établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et, le cas échéant, de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. **Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en conseil d'Etat.** **Sans préjudice des dispositions des articles L. 315-14 et L. 313-14-1, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.**
La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. A compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale. 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.	La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. A compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale. 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.

Article L. 313-14-1 actuel du code de l'action sociale et des familles	**Article L. 313-14-1 modifié du code de l'action sociale et des familles**
Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1, à l'exception du 10° et du 16°, gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif, lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements et services prévues au présent code, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.	Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1, à l'exception du 10° et du 16°, gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif, lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements et services prévues au présent code, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.
Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu aux articles L. 313-11 et L. 313-12.	Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu aux articles L. 313-11, **L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2.** ~~*et L. 313-12*~~.
S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer la convention susmentionnée, l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à une période de six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements de santé, l'administrateur provisoire est désigné conjointement avec le directeur général de l'agence régionale de santé. L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 811-2 du code de commerce.	S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer la convention susmentionnée, l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à une période de six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements de santé, l'administrateur provisoire est désigné conjointement avec le directeur général de l'agence régionale de santé. L'administrateur doit satisfaire aux conditions définies aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 811-2 du code de commerce.
L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte des établissements et services, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés ainsi que la préparation et la mise en œuvre d'un plan de redressement.	L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte des établissements et services, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés ainsi que la préparation et la mise en œuvre d'un plan de redressement.
La rémunération de l'administrateur est assurée par les établissements gérés par l'organisme et répartie entre les établissements ou services au prorata des charges d'exploitation de chacun d'eux.	La rémunération de l'administrateur est assurée par les établissements gérés par l'organisme et répartie entre les établissements ou services au prorata des charges d'exploitation de chacun d'eux.
L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément à l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.	L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément à l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.
En cas d'échec de l'administration provisoire, l'autorité de tarification compétente peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 612-3 du même code.	En cas d'échec de l'administration provisoire, l'autorité de tarification compétente peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 612-3 du même code

L. 313-14-2 actuel du code de l'action sociale et des familles	L. 313-14-2 modifié du code de l'action sociale et des familles
Pour les établissements et services relevant d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'autorité compétente en matière de tarification peut demander le reversement de certains montants dès lors qu'elle constate : 1° Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements ou des services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ; 2° Des recettes non comptabilisées.	Pour les établissements et services relevant d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'autorité compétente en matière de tarification peut demander ~~le reversement~~ **la récupération** de certains montants dès lors qu'elle constate : 1° Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements ou des services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ; 2° Des recettes non comptabilisées. **Cette récupération vient en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à reverser est constaté ou de l'exercice qui suit.**
L. 314-7 actuel du code de l'action sociale et des familles	**L. 314-7 modifié du code de l'action sociale et des familles**
I. — Dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1, sont soumis à l'accord de l'autorité compétente en matière de tarification : 1° Les emprunts dont la durée est supérieure à un an ; 2° Les programmes d'investissement et leurs plans de financement ; 3° Les prévisions de charges et de produits d'exploitation permettant de déterminer les tarifs des prestations prises en charge par l'Etat, les départements ou les organismes de sécurité sociale, ainsi que les affectations de résultats qui en découlent. Les dispositions mentionnées aux 1° et 2° ne sont pas applicables aux établissements visés à l'article L. 342-1. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles ces charges, produits et résultats sont retracés dans des comptes distincts, en fonction de la nature des prestations, de leur tarification et de leur financement. II. — Le montant global des dépenses autorisées des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et au I de l'article L. 313-12 sont fixés par l'autorité compétente en matière de tarification, au terme d'une procédure contradictoire, au plus tard soixante jours à compter de la date de notification des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 313-8, et L. 314-3 à L. 314-5, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Les décisions mentionnées aux 1° et 2° du I sont opposables à l'autorité compétente en matière de tarification si celle-ci n'a pas fait connaître son opposition dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat. Il en va de même des décisions modificatives concernant les prévisions de charges ou de produits mentionnées au 3° du I qui interviennent après la fixation des tarifs. III. — L'autorité compétente en matière de tarification ne peut modifier que :	I. — Dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1, sont soumis à l'accord de l'autorité compétente en matière de tarification : 1° Les emprunts dont la durée est supérieure à un an ; 2° Les programmes d'investissement et leurs plans de financement ; 3° Les prévisions de charges et de produits d'exploitation permettant de déterminer les tarifs des prestations prises en charge par l'Etat, les départements ou les organismes de sécurité sociale, ainsi que les affectations de résultats qui en découlent. Les dispositions mentionnées aux 1° et 2° ne sont pas applicables aux établissements visés à l'article L. 342-1. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles ces charges, produits et résultats sont retracés dans des comptes distincts, en fonction de la nature des prestations, de leur tarification et de leur financement. II. — Le montant global des dépenses autorisées des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et au I de l'article L. 313-12 sont fixés par l'autorité compétente en matière de tarification, au terme d'une procédure contradictoire, au plus tard soixante jours à compter de la date de notification des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 313-8, et L. 314-3 à L. 314-5, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Les décisions mentionnées aux 1° et 2° du I sont opposables à l'autorité compétente en matière de tarification si celle-ci n'a pas fait connaître son opposition dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat. Il en va de même des décisions modificatives concernant les prévisions de charges ou de produits mentionnées au 3° du I qui interviennent après la fixation des tarifs. III. — L'autorité compétente en matière de tarification ne

1° Les prévisions de charges ou de produits insuffisantes ou qui ne sont pas compatibles avec les dotations de financement fixées dans les conditions prévues, selon le cas, aux articles L. 313-8, et L. 314-3 à L. 314-5 ; 2° Les prévisions de charges qui sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement. La décision de modification doit être motivée. IV — Sauf dans le cas où une convention conclue en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 313-11 prévoit des dispositions tarifaires, les dépenses de l'établissement ou du service imputables à des décisions n'ayant pas fait l'objet des procédures mentionnées au présent article ne sont pas opposables aux collectivités publiques et organismes de sécurité sociale. IV bis. - La décision fixant la tarification au titre de l'année prévoit, dans des conditions 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 si 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 premiers alinéas du présent IV bis, les produits facturés sur la base de l'exercice précédent entre le 1er janvier et ladite date d'effet. V. — La personne physique ou morale gestionnaire de l'établissement ou du service tient à la disposition de l'autorité compétente en matière de tarification tout élément d'information comptable ou financier relatif à l'activité de l'établissement ou du service, ainsi que tous états et comptes annuels consolidés relatifs à l'activité de la personne morale gestionnaire. VI. — Les budgets des établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent prendre en compte, éventuellement suivant une répartition établie en fonction du niveau respectif de ces budgets, les dépenses relatives aux frais du siège social de l'organisme gestionnaire pour la part de ces dépenses utiles à la réalisation de leur mission dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. En application de l'article L. 313-11, l'autorisation de ces frais de siège social peut être effectuée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Au titre de l'autorisation des financements mentionnés à l'alinéa précédent, les contrôles sur les sièges sociaux des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux s'effectuent dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre Ier du livre III et au titre III du livre III.	peut modifier que : 1° Les prévisions de charges ou de produits insuffisantes ou qui ne sont pas compatibles avec les dotations de financement fixées dans les conditions prévues, selon le cas, aux articles L. 313-8, et L. 314-3 à L. 314-5 ; 2° Les prévisions de charges qui sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement. La décision de modification doit être motivée. IV — Sauf dans le cas où une convention conclue en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 313-11 prévoit des dispositions tarifaires, les dépenses de l'établissement ou du service imputables à des décisions n'ayant pas fait l'objet des procédures mentionnées au présent article ne sont pas opposables aux collectivités publiques et organismes de sécurité sociale. IV bis. - La décision fixant la tarification au titre de l'année prévoit, dans des conditions 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 si 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 premiers alinéas du présent IV bis, les produits facturés sur la base de l'exercice précédent entre le 1er janvier et ladite date d'effet. V. — La personne physique ou morale gestionnaire de l'établissement ou du service tient à la disposition de l'autorité compétente en matière de tarification tout élément d'information comptable ou financier relatif à l'activité de l'établissement ou du service, ainsi que tous états et comptes annuels consolidés relatifs à l'activité de la personne morale gestionnaire. VI. — Les budgets des établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent prendre en compte, éventuellement suivant une répartition établie en fonction du niveau respectif de ces budgets, les dépenses relatives aux frais du siège social de l'organisme gestionnaire pour la part de ces dépenses utiles à la réalisation de leur mission dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. En application ~~*de l'article L. 313-11*~~ **des articles L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2**, l'autorisation de ces frais de siège social peut être effectuée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Au titre de l'autorisation des financements mentionnés à l'alinéa précédent, les contrôles sur les sièges sociaux des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux s'effectuent dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre Ier du livre III et au titre III du livre III.

L. 314-9 actuel du code de l'action sociale et des familles	L. 314-9 modifié du code de l'action sociale et des familles
L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.	L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin ~~*appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé*~~ **désigné par le président du conseil départemental et à un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente.**
L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide du référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 précitée est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.	L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide du référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 précitée est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin ~~*de l'agence régionale de santé territorialement compétente*~~ désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé **territorialement compétente.**
La périodicité de révision du niveau de perte d'autonomie et de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents est définie par décret.	La périodicité de révision du niveau de perte d'autonomie et de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents est définie par décret.
Une commission régionale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un décret en Conseil d'Etat, détermine le classement définitif, en cas de désaccord entre les deux médecins mentionnés au premier alinéa du présent article et en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le ou les médecins chargés du contrôle et de la validation du niveau de perte d'autonomie des résidents ou de leurs besoins en soins requis.	Une commission régionale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un décret en Conseil d'Etat, détermine le classement définitif, en cas de désaccord entre les deux médecins mentionnés au premier alinéa du présent article et en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le ou les médecins chargés du contrôle et de la validation du niveau de perte d'autonomie des résidents ou de leurs besoins en soins requis.
Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie ou des besoins en soins requis arrêtés dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1.	Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie ou des besoins en soins requis arrêtés dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1.

L. 315-12 actuel du code de l'action sociale et des familles	L. 315-12 modifié du code de l'action sociale et des familles
Le conseil d'administration des établissements publics sociaux ou médico-sociaux définit la politique générale de l'établissement et délibère sur :	Le conseil d'administration des établissements publics sociaux ou médico-sociaux définit la politique générale de l'établissement et délibère sur :
1° Le projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-7, ainsi que les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L. 313-11 et L. 313-12 et les conventions d'aide sociale mentionnées au II de l'article L. 342-3-1 ;	1° Le projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-7, ainsi que les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L. 313-11 ~~*et L. 313-12*~~ , **L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2** et les conventions d'aide sociale mentionnées au II de l'article L. 342-3-1 ;
2° Les programmes d'investissement ;	2° Les programmes d'investissement ;
3° Le rapport d'activité ;	3° Le rapport d'activité ;
4° Le budget et les décisions modificatives, les crédits	4° Le budget et les décisions modificatives, les crédits

supplémentaires et la tarification des prestations des établissements ne relevant pas de l'article L. 314-7-1 ; 5° Les comptes financiers, les décisions d'affectation des résultats ou les propositions d'affectation desdits résultats, lorsque leurs financements sont majoritairement apportés par une collectivité publique ou les organismes de sécurité sociale ; 6° Les décisions affectant l'organisation ou l'activité de l'établissement ; 7° Le tableau des emplois du personnel ; 8° La participation à des actions de coopération et de coordination ; 9° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation et les conditions des baux de plus de dix-huit ans ; 10° Les emprunts ; 11° Le règlement de fonctionnement ; 12° L'acceptation et le refus de dons et legs ; 13° Les actions en justice et les transactions ; 14° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnel, pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires.	supplémentaires et la tarification des prestations des établissements ~~*ne relevant pas de l'article L. 314-7-1*~~; 5° Les comptes financiers, les décisions d'affectation des résultats ou les propositions d'affectation desdits résultats, lorsque leurs financements sont majoritairement apportés par une collectivité publique ou les organismes de sécurité sociale ; 6° Les décisions affectant l'organisation ou l'activité de l'établissement ; 7° Le tableau des emplois du personnel ; 8° La participation à des actions de coopération et de coordination ; 9° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation et les conditions des baux de plus de dix-huit ans ; 10° Les emprunts ; 11° Le règlement de fonctionnement ; 12° L'acceptation et le refus de dons et legs ; 13° Les actions en justice et les transactions ; 14° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnel, pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires.
L. 315-15 actuel du code de l'action sociale et des familles	**L. 315-15 modifié du code de l'action sociale et des familles**
I.-Le budget et les décisions modificatives mentionnés au 4° de l'article L. 315-12 sont préparés et présentés par le directeur. Le budget de l'année est voté par le conseil d'administration et transmis au plus tard le 31 octobre précédant l'exercice auquel il se rapporte. Le cas échéant, il est établi en cohérence avec le contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 313-11 et L. 313-12. Les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes qui figurent au budget sont présentées et votées par groupes fonctionnels, dont la composition est conforme à une nomenclature fixée par arrêté. Les décisions modificatives sont présentées et votées dans les mêmes formes. Les délibérations relatives au budget et aux décisions modificatives sont transmises sans délai aux autorités compétentes en matière de tarification en vue de leur approbation, dans les conditions fixées par l'article L. 314-7. II.-Les comptes financiers mentionnés au 5° de l'article L. 315-12 sont adoptés par le conseil d'administration et transmis aux autorités compétentes en matière de tarification au plus tard le 30 avril de l'année suivant l'exercice auquel ils se rapportent.	I.-Le budget et les décisions modificatives mentionnés au 4° de l'article L. 315-12 sont préparés et présentés par le directeur. Le budget de l'année est voté par le conseil d'administration et transmis au plus tard le 31 octobre précédant l'exercice auquel il se rapporte. Le cas échéant, il est établi en cohérence avec le contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 313-11 ~~*et L. 313-12*~~ **L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2.** Les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes qui figurent au budget sont présentées et votées par groupes fonctionnels, dont la composition est conforme à une nomenclature fixée par arrêté. Les décisions modificatives sont présentées et votées dans les mêmes formes. Les délibérations relatives au budget et aux décisions modificatives sont transmises sans délai aux autorités compétentes en matière de tarification en vue de leur approbation, dans les conditions fixées par l'article L. 314-7. II.-Les comptes financiers mentionnés au 5° de l'article L. 315-12 sont adoptés par le conseil d'administration et transmis aux autorités compétentes en matière de tarification au plus tard le 30 avril de l'année suivant l'exercice auquel ils se rapportent
Actuel VI de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 portant adaptation de la société au vieillissement	**VI de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 portant adaptation de la société au vieillissement**

VI.-A compter du 1er janvier 2017, dans l'attente de la signature du contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, le montant des financements complémentaires mentionnés au 1° du I de l'article L. 314-2 du même code est maintenu à son niveau fixé au titre de l'exercice précédent et revalorisé chaque année par application d'un taux fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale.	VI.-A compter du 1er janvier 2017, dans l'attente de la signature du contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, le montant des financements complémentaires mentionnés au 1° du I de l'article L. 314-2 du même code est ~~*maintenu à son niveau fixé au titre de l'exercice précédent et revalorisé chaque année par application d'un taux fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale*~~ **fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente.**

ARTICLE 47 : Prorogation et élargissement du cadre des expérimentations de télémédecine

I. Présentation de la mesure

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

La télémédecine a été inscrite dans le code de la santé publique en 2009. La définition des actes de télémédecine, précisée par voie réglementaire, distingue en particulier la télé-consultation (consultation d'un médecin à distance), la télé-expertise (sollicitation à distance entre médecins) et la télé-surveillance (surveillance médicale et interprétation à distance sur la base de données générées par un patient).

Le déploiement de ces activités a été prévu, dans un cadre expérimental, par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Neuf régions pilotes ont été sélectionnées (découpage antérieur à la redéfinition des régions). Cette expérimentation visait à tester le caractère soutenable des modèles tarifaires envisagés ainsi qu'à identifier les difficultés auxquelles se heurterait un éventuel déploiement à grande échelle de ces activités.

Un premier cahier des charges concernant les plaies chroniques et complexes a été publié en avril 2015. Critiqué par les professionnels de santé en raison de son périmètre restreint et de la charge administrative associée à l'entrée dans l'expérimentation (conventionnement préalable avec les ARS nécessitant plusieurs mois, questionnaire d'évaluation particulièrement long), ce cahier des charges n'a pas permis le démarrage effectif des expérimentations sur le terrain. Moins de 100 actes ont ainsi fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Afin de lever ces difficultés, il a été remplacé en avril 2016 par un nouveau cahier des charges, au périmètre nettement plus large, qui allège la charge d'administrative des professionnels de santé participant à l'expérimentation.

Si l'impact de ces mesures n'est pas encore mesurable en termes de nombre d'actes de télémédecine enregistrés par l'assurance maladie (la diffusion de la lettre réseau de la CNAMTS informant les CPAM de la création des codes actes, qui permet le démarrage effectif de l'expérimentation, date du 5 août 2016), les professionnels de santé ont exprimé un avis nettement positif sur cette évolution.

Enfin, un ensemble complémentaire de cahiers des charges portant sur la télésurveillance est en cours de finalisation.

Les expérimentations ont donc pris un important retard par rapport au calendrier initialement envisagé. Cependant, les principales difficultés techniques sont maintenant résolues, telles que les circuits de facturation, les organisations cibles en matière de prise en charge, et les critères d'évaluation en fonction des différents objectifs poursuivis par une telle évaluation.

En revanche, quelques mois supplémentaires seront nécessaires afin que les professionnels de santé s'organisent et commencent effectivement à réaliser des actes de télémédecine dans le cadre de ces expérimentations.

La présente mesure vise donc, à mi-parcours des expérimentations, à tirer les conséquences de ces trois années de travail afin de permettre à l'expérimentation de réaliser son ambition initiale et de produire des résultats exploitables. A cet effet, cette mesure prévoit :

- La suppression du mécanisme de conventionnement, afin d'alléger les procédures administratives préalables à l'entrée dans l'expérimentation ;
- Un élargissement du périmètre géographique à l'ensemble du territoire où s'applique le droit de la sécurité sociale, de manière à pouvoir disposer de données suffisamment riches pour réaliser l'évaluation ;
- Un prolongement d'un an, également dans l'objectif de disposer d'un nombre suffisant de données et du temps nécessaire à leur exploitation en vue d'une généralisation ;
- La possibilité pour les établissements de santé de participer à l'expérimentation (pour les patients non hospitalisés) afin d'élargir le nombre de professionnels et de patients éligibles, et de pouvoir analyser les éventuelles spécificités liées à ce mode de prise en charge ;
- La possibilité de financer les surcoûts supportés par les structures requérantes, pour lesquelles les premiers travaux ont montré qu'en phase expérimentale, ces surcoûts représentaient un frein réel ;
- En cohérence avec la simplification du modèle d'évaluation de l'expérimentation, cette mesure prévoit enfin que la Haute Autorité de santé puisse valider l'évaluation plutôt que la réaliser elle-même, dès lors que cela ne correspond pas à ses actuelles compétences et pourrait la mettre en situation d'être juge et partie à l'étape de l'évaluation des actes et dispositifs médicaux en vue du remboursement. La date de remise du rapport d'évaluation est décalée en cohérence avec la prolongation de l'expérimentation.

En outre, cette mesure prévoit également de restreindre la possibilité pour des dispositifs médicaux qui seraient éligibles à l'expérimentation de présenter une demande de remboursement de droit commun au titre de la LPP. En effet, ce circuit de prise en charge conduirait à limiter la portée de l'expérimentation et les conclusions pouvant en être tirées.

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

a) Mesure proposée

La nouvelle impulsion proposée pour accompagner le déploiement de la télémédecine comporte plusieurs dimensions :

- ***L'expérimentation sera étendue à tout le territoire et prolongée d'un an***

Cette extension territoriale et cette prorogation ont plusieurs justifications :

- l'expérimentation sur des territoires sélectionnés n'apparaît plus en phase avec le déploiement des initiatives de terrain qui ont parfois suppléé à la mise en œuvre concrète de l'expérimentation ;
- les prestations qui seront ouvertes en application de la nouvelle convention médicale ne seront pas limitées à des territoires particuliers ;
- s'agissant de communication à distance, la restriction géographique est complexe et génératrice d'inégalités (selon l'adresse d'un ou de l'autre professionnel de santé ou du patient) ;
- le lancement des expérimentations sur le terrain ayant pris un retard important, du fait des délais nécessaires à la préparation des cahiers des charges, une prolongation d'un an permettra de récolter les données requises pour l'évaluation.

La généralisation territoriale se fera au détriment de la qualité de l'évaluation (comparaison « ici-ailleurs »), mais au bénéfice de l'égalité des soins pour les patients. Cette généralisation géographique permet également de simplifier le cadre juridique de l'expérimentation en supprimant le cadre régional de conventionnement prévu initialement.

- ***Le champ de l'expérimentation couvrira explicitement les activités externes réalisées par les établissements de santé***

L'expérimentation prévue par la LFSS pour 2014 visait la prise en charge en médecine de ville et en structure médico-sociale. Cette approche sélective se justifiait par le fait que pour les établissements de santé, la télémédecine pouvait être mise en œuvre par coopération entre établissements, dans le cadre de conventions entre ceux-ci et non par des prestations facturables à l'assurance maladie.

La mesure proposée vise à inclure explicitement les établissements de santé dans le champ des expérimentations de télémédecine, à plusieurs raisons :

- il n'est pas justifié de traiter différemment les soins relevant de l'activité externe hospitalière de ceux réalisés en ville. Pour toutes les prestations, les conditions de réalisation et le coût pour l'assurance maladie sont identiques entre la médecine de ville et l'activité externe hospitalière, il est proposé d'en faire de même pour la télémédecine ;
- cette inclusion permet, dans le cadre d'une logique de parcours, la participation de spécialistes salariés en établissement de santé au suivi ou à l'expertise pour des patients atteints de maladies chroniques ou requérant des soins complexes ;
- la contribution de l'expertise de médecins hospitaliers est nécessaire et parfois indispensable pour certaines spécialités ou dans des territoires où les spécialistes de ville sont peu disponibles.

Pour les patients admis en hospitalisation, en revanche, la tarification au séjour est globale et il n'apparaît donc pas souhaitable de prévoir une rémunération de la télémédecine, qui s'apparenterait à un double paiement.

En ce qui concerne les activités ou établissements sous dotation, en particulier la psychiatrie, il n'y a pas pour l'instant d'activité externe au sens propre, mais le déploiement de la télémédecine pourrait y être accompagné par un fléchage budgétaire et au vu de remontées d'activité réalisées auprès des ARS ou de l'assurance maladie.

- ***L'expérimentation doit accompagner l'émergence d'un nouvel acteur de l'offre de soins***

Du point de vue des fabricants de dispositifs et des prestataires de services associés, l'expérimentation de la télésurveillance va offrir un cadre pour le déploiement d'innovations organisationnelles auxquelles leur contribution est déterminante.

La mesure vise à clarifier l'articulation dans le temps des demandes d'inscription au remboursement des dispositifs médicaux de télésurveillance : s'ils entrent dans le champ de l'expérimentation, ces dispositifs sont pris en charge à ce titre, en amont d'une demande d'inscription à la liste des produits et prestations (LPP) remboursables qui ne sera traitée qu'à l'issue de la période d'expérimentation. La mesure ne remet toutefois pas en cause la prise en charge des dispositifs communicants déjà remboursés au titre de la LPP comme les défibrillateurs cardiaques implantables et ne fait pas obstacle à l'inscription au remboursement de nouveaux défibrillateurs cardiaques implantables au titre de la LPP.

La mesure proposée assouplit les conditions de réalisation de l'évaluation de l'expérimentation, confiée dès l'origine à la HAS. Compte tenu de la spécificité de l'organisation à évaluer, il est proposé que cette évaluation puisse être réalisée par un acteur externe, et validée dans un second temps par la HAS.

Enfin, la mesure proposée prévoit la rémunération de l'établissement ou la structure requérante sur objectif d'efficience organisationnelle afin de compenser les charges nouvelles (espace dédié, temps des professionnels dédié à l'accompagnement du patient) liée à l'organisation de téléconsultations.

b) Autres options possibles

Une autre option consisterait à anticiper sur la fin de l'expérimentation et généraliser immédiatement la téléconsultation, au tarif de la consultation réalisée en présence du patient.

Cette option n'est pas retenue dans la mesure où elle suppose d'introduire un droit différencié à cette prestation selon les patients. En effet, les patients pris en charge dans le cadre expérimental sont ceux pris en charge à 100% au titre de leur ALD ou résidant en établissement.

Cette limitation cible les patients ayant besoin d'un suivi pour des maladies chroniques et pour lesquels la télémédecine aura un impact évaluable dans le cadre expérimental. Une telle limitation ne se justifie pas, en revanche, pour une prestation « de droit commun », même définie par le pouvoir réglementaire et non, comme toutes les autres prestations d'assurance maladie, dans un cadre conventionnel.

Il pourrait également être envisagé d'admettre au remboursement de droit commun les téléexpertises et la télésurveillance. Cette option entraînerait cependant un risque financier du fait de l'absence de sécurisation du niveau de tarif concernant des activités nouvelles, en plein essor, sur lesquelles peu d'études médico-économiques valables ont été publiées à ce jour.

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

L'inclusion en loi de financement de la sécurité sociale se justifie, à court terme, par l'impact financier lié à l'élargissement géographique de l'expérimentation, qui résulte de la prise en charge dérogatoire par l'assurance maladie (cf. 1° du C du V de l'article LO.111-3 CSS). Une généralisation de cette expérimentation se traduirait elle-même par un impact sur l'équilibre financier des régimes.

II. Consultations 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 sont 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 sont 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 des Etats membres.

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

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et que d'une manière générale la mesures 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 n'est pas codifiée, s'agissant d'une modification apportée au cadre de l'expérimentation, par nature temporaire, définie actuellement à l'article 36 de la LFSS pour 2014.

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 pour la partie relative aux expérimentations.*
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 à Wallis-et-Futuna, non pour les autres collectivités*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'expérimentation présente sur les neuf régions pilotes disposait d'une enveloppe fermée de 8,3 M€. Avec l'extension de cette expérimentation à l'ensemble du territoire, le montant alloué doit augmenter de 21,9 M€, proportionnellement au nombre d'habitants par région.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017 P ou R	2018	2019	2020
Assurance maladie		- 21,9			

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

a) impacts économiques

La nouvelle impulsion donnée à la télémédecine aura un impact positif sur le secteur industriel et de services, en fournissant une cadre pour la maturation du marché de la télésurveillance.

b) impacts sociaux

La nouvelle impulsion doit favoriser l'accès aux soins des personnes à faible mobilité, atteintes de pathologies chroniques ou résidentes en établissement médico-social.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes***

Sans objet

- ***Impact sur les personnes en situation de handicap***

Les activités de télémédecine ont pour finalité d'intervenir auprès de l'ensemble des patients dont les personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

Le déploiement de la télémédecine pourrait à terme réduire les transports de malades ou de soignants.

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

Déploiement de la télémédecine au bénéfice des patients atteints d'affection de longue durée ou résidents en établissements médico-social, dans la période expérimentale.

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

Les caisses d'assurance maladie doivent mettre en œuvre les évolutions dans la facturation des activités de télémédecine et à l'issue des expérimentations.

c) Sans objet 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.

Il conviendra d'abroger l'arrêté du 10 juin 2014 fixant la liste des régions sélectionnées sur le fondement de l'article 36 de la LFSS 2014. Il faudra également adapter les cahiers des charges déjà publiés (avril 2016 pour la téléconsultation et télé-expertise) ou en cours de finalisation (télésurveillance). Echéance : 1er trimestre 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.

A définir.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

L'évaluation des expérimentations de l'article 36 de la LFSS pour 2014 a été confiée par le législateur à la Haute Autorité de santé.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 36 actuel de la LFSS 2014	Article 36 modifié
I. — Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, peuvent être menées à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de quatre ans.	I. — Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, peuvent être menées à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de ~~quatre~~ ***cinq*** *ans,* ~~dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale~~ ***dans l'ensemble des régions, dans la collectivité territoriale de Corse, dans l'ensemble des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Saint-Pierre et Miquelon et des îles de Wallis et Futuna.***
Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales.	Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge ***en médecine de ville, en établissements de santé dans le cadre des consultations et actes externes visés à l'article L.162-26 du code de la sécurité sociale et en structures médico-sociales.***
Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.	Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.
II. — Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I, il peut être dérogé	II. — Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I, il peut être dérogé :
:1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ; 2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code	1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ; 2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;
; 3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1	3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 ;
; 4° A l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;	4° A l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;
5° Aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.	5° Aux articles ~~L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3~~ ***L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14*** *du même code, relatifs à la* participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.	Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités. **Les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les structures mentionnées aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, requérant, pour la prise en charge des patients qu'ils accueillent, des consultations dans le cadre d'une activité de télémédecine bénéficient d'un financement forfaitaire arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale sur la base de critères d'efficience organisationnelle. Ce financement est imputé sur le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.**
	II bis. – Les dispositifs médicaux ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges mentionné au I. du présent article.
III. — Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre des expérimentations définies au I et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémédecine dans le cadre de ces expérimentations.	III. — Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre des expérimentations définies au I et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémédecine dans le cadre de ces expérimentations.
IV. — Au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016.	IV. — Au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée ***ou validée*** par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement *par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre ~~2016~~***2017**.

ARTICLE 48– Prolongation des expérimentations « article 70 » relatives au parcours de soins des personnes âgées

I. Présentation de la mesure

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

A la suite des rapports du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2010 et 2011) sur les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, l'article 70 de la LFSS 2012 a autorisé des expérimentations visant à optimiser le parcours de soins de ces personnes en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

L'article 48 de la LFSS pour 2013 a complété ce dispositif de parcours de soins, en amont et en aval de l'hospitalisation, par un dispositif plus large étendu à l'ensemble du parcours de santé. Ces parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) ont dans un 1er temps été déployés sur 9 territoires puis étendus en juin 2016 à 16 territoires (a minima un projet pilote par territoire). L'échéance pour ces 16 projets pilotes a été fixée au 31 décembre 2017.

La mise en œuvre des expérimentations de l'article 70 de la LFSS pour 2012 ayant nécessité un temps plus important que celui initialement prévu, et les deux expérimentations successives relatives aux parcours de santé des personnes âgées entretenant des liens entre elles, il est proposé de proroger la durée des expérimentations de l'article 70 d'un an (jusqu'au 31 décembre 2017) afin :

- de disposer d'une durée d'expérimentation suffisante pour mettre en œuvre les projets ;
- de prendre en compte les adaptations réalisées au cours de l'expérimentation ;
- de mettre en cohérence la durée des deux expérimentations en vue de leur évaluation.

La durée des expérimentations de l'article 70 ayant été fixée par la loi, sa prorogation implique une intervention du législateur.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de proroger d'un an la durée de l'expérimentation de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, afin de donner aux expérimentations en cours le temps nécessaire pour se déployer complètement et de mettre en cohérence la durée des expérimentations relatives aux parcours des personnes âgées.

Les expérimentations de l'article 70 de la LFSS 2012 visent à favoriser la continuité du parcours de soins par une meilleure organisation des soins (moindre hospitalisation, prévention des ré-hospitalisations, etc.), une meilleure collaboration des professionnels et un meilleur partage des informations entre ces derniers. Ces projets comportent des actions en amont de l'hospitalisation (module 1) et/ou des actions en aval de l'hospitalisation (module 2). Chaque module est financé à hauteur maximum de 50 000 €. L'évaluation de l'expérimentation a été assurée par la Haute Autorité de santé jusqu'en 2015. Cette dernière recommande que l'évaluation soit mise en concordance avec celle développée dans le cadre des prototypes de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA).

Aussi, afin de mesurer l'impact de ces expérimentations, sur une durée suffisante et en lien avec les indicateurs d'évaluation déployés dans le cadre de l'article 48 de la LFSS 2013, il est proposé de proroger l'expérimentation d'un an jusqu'au 31 décembre 2017. L'évaluation de l'expérimentation portera plus particulièrement sur la patientèle prise en charge, les modalités de cette prise en charge et le taux de recours à l'hospitalisation.

b) Autres options possibles

Il n'existe pas de possibilité normative autre que la loi.

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

En la prorogeant, la présente mesure rend applicable, pour l'année 2017, une expérimentation qui :

- d'une part, conduit à une prise en charge par l'assurance maladie de nouvelles dépenses (par dérogation aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 CSS en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux

professionnels de santé , aux 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 CSS en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie) ;

- d'autre part, doit pouvoir à terme, dans le cadre de son éventuelle généralisation, engendrer des économies ainsi qu'une meilleure efficacité du système de soins.

A ce double titre, elle a sa place en LFSS en application des 1° et 2° du V de l'article LO. 111-3 CSS (voir par exemple décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013, cons. 59).

II. Consultations 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 est de la seule compétence des Etats membres.

Il convient de rappeler que 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

Il s'agit d'une expérimentation temporaire, qui n'est par conséquent pas codifiée.

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 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 financement en année pleine des expérimentations sur 13 territoires s'élève à 1 M€ pour 2017.

Toutefois, ce montant ne tient donc pas compte des économies structurelles attendues dans le cadre d'une généralisation de l'expérimentation qui interviendrait à l'issue de son bilan.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
		1			

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

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Cette mesure permet une meilleure prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation. Cette amélioration bénéficiera à l'ensemble des personnes âgées sur les territoires d'expérimentation et particulièrement à celles qui sont les plus exposées aux ruptures de prises en charge. C'est notamment le cas des personnes âgées isolées ou n'ayant pas les ressources nécessaires pour bénéficier d'un accompagnement adéquat.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Les femmes ayant une espérance de vie supérieure à celle des hommes mais des revenus inférieurs à ces derniers, elles bénéficieront tout particulièrement des mesures mises en place dans le cadre de cette expérimentation.

- ***impact sur les jeunes***

La famille est souvent obligée de pallier les ruptures dans la prise en charge des personnes âgées. L'expérimentation ayant pour objectif de favoriser une continuité du parcours de soins, elles permettront d'alléger ces obligations.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Une rupture dans la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes étant particulièrement préjudiciable à leur santé, tout dispositif visant à favoriser la continuité des parcours permet d'éviter ou d'atténuer les conséquences de telles ruptures.

c) impacts sur l'environnement

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…)

Dans les territoires sélectionnés, cette mesure nécessite une coordination entre les agences régionales de santé et les caisses de sécurité sociale.

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.

Aucun texte d'application 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.

Pour les territoires sélectionnés, et après validation de la Direction de la sécurité sociale, les agences régionales de santé devront signer un acte contractuel avec la caisse primaire d'assurance maladie du ressort du territoire et le promoteur.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les personnes âgées des territoires expérimentateurs susceptibles de bénéficier du dispositif seront informées par les professionnels de santé, les établissements de santé et médico-sociaux qui les prennent en charge.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les agences régionales de santé doivent renseigner des indicateurs nationaux et produire un rapport d'activité qui sera transmis avant le 15 octobre de chaque année à la direction de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 70 actuel de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012	**Article 70 modifié de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012**
I- Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.	I- Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012 et pour une période n'excédant pas ~~*cinq*~~ **six** ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.
Les expérimentations sont mises en œuvre par convention entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers, les établissements sociaux et médico-sociaux et les collectivités territoriales volontaires.	Les expérimentations sont mises en œuvre par convention entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers, les établissements sociaux et médico-sociaux et les collectivités territoriales volontaires.
Le cahier des charges des expérimentations est arrêté par les ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.	Le cahier des charges des expérimentations est arrêté par les ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.
II- Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I et portant sur de nouveaux modes de coordination des soins pour prévenir l'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement et gérer la sortie d'hôpital des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, il peut être dérogé aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux article L 162-5, L 162-9, L 162-11, L 162-12-2, L 162-12-9, L 162-14, L 162-14-1 et L 162-32-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, à l'article L 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade et aux articles L 322-2 et L 322-3 du même code relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.	II- Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I et portant sur de nouveaux modes de coordination des soins pour prévenir l'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement et gérer la sortie d'hôpital des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, il peut être dérogé aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux article L 162-5, L 162-9, L 162-11, L 162-12-2, L 162-12-9, L 162-14, L 162-14-1 et L 162-32-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, à l'article L 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade et aux articles L 322-2 et L 322-3 du même code relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.
Les dépenses à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article LO 111-3 du même code.	Les dépenses à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article LO 111-3 du même code.
III- Les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale, les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par la livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances associées aux projets pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie incluses dans les projets pilotes. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de	III- Les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale, les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par la livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances associées aux projets pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie incluses dans les projets pilotes. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de

soins et de prévention. IV- En vue d'une généralisation, une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur la patientèle prise en charge, les modalités de cette prise en charge, le nombre de professionnels 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 la Haute Autorité de Santé, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie et les établissements hospitaliers participant aux expérimentations. Cette évaluation est transmise au Parlement avant la 1er octobre.	soins et de prévention. IV- En vue d'une généralisation, une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur la patientèle prise en charge, les modalités de cette prise en charge, le nombre de professionnels 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 la Haute Autorité de Santé, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie et les établissements hospitaliers participant aux expérimentations. Cette évaluation est transmise au Parlement avant la 1er octobre.

ARTICLE 49 – Création d'un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique

I. Présentation de la mesure

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

L'arrivée de nouvelles classes thérapeutiques innovantes constitue un enjeu majeur pour l'assurance maladie. Ces innovations sont susceptibles d'améliorer significativement la prise en charge de certaines pathologies graves.

Mais le rythme d'arrivée de ces innovations, résultant des cycles de recherche et développement industriels, est difficilement conciliable avec l'inscription des dépenses qu'elles peuvent générer dans un cadre d'annualité budgétaire, assorti de la définition de trajectoires pluriannuelles d'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

En effet, les innovations peuvent conduire à des augmentations parfois très fortes et imprévisibles des financements publics. Ainsi l'arrivée des antiviraux d'action directe dans le traitement de l'hépatite C a-t-elle conduit à une dépense nouvelle de plusieurs centaines de millions d'euros en 2014, ce qui a conduit à adopter d'une part un mécanisme ad hoc de régulation et à prendre d'autre part des mesures de régulation infra-annuelles sur d'autres secteurs de soins. De manière récurrente, les innovations dans la lutte contre le cancer conduisent également à des accélérations importantes du coût des prises en charge médicamenteuses. Cette volatilité du coût de l'innovation est en outre accentuée par le dispositif des autorisations temporaires d'utilisation qui permet à certains de ces médicaments (via une autorisation accordée par l'ANSM), d'être accessible à prix libre dès avant leur AMM[1].

Malgré l'existence de mécanismes législatifs et conventionnels qui permettent d'atténuer l'impact de ces augmentations, les variations de dépenses demeurent brutales, erratiques et peu prévisibles.

Cette volatilité peut se traduire par une pression elle-même variable et peu prévisible sur le reste du secteur financé par les dépenses dans le champ de l'ONDAM.

Cette situation nuit non seulement au pilotage global des finances publiques mais elle est également source de tensions importantes lorsque la négociation autour de quelques produits peut avoir des conséquences sur l'ensemble des équilibres financiers de l'assurance maladie. Il est donc souhaitable de lisser l'impact des variations de ces dépenses, toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire sans modifier les conditions de la négociation conventionnelle et l'impact final de la prise en charge sur l'assurance maladie).

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de créer au un fonds de financement de l'innovation des produits de santé (FFIP).

Ce fonds, placé au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie, prendrait à sa charge l'ensemble des dépenses de la liste en sus et des ATU/post-ATU, ainsi que les dépenses de rétrocession et les ATU associées.

En dépenses, le fonds se substituerait comptablement à chacun des régimes d'assurance maladie, en retraçant l'ensemble des charges de remboursement au titre des médicaments inscrits sur la liste en sus, sur la liste rétrocession ou bénéficiant d'une ATU ou en post ATU (les régimes ne retraçant désormais en dépenses dans leurs comptes que leur dotation annuelle au fonds). Ces dépenses apparaîtront également dans les comptes combinés de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au sein desquels les comptes du fonds seront consolidés. A ce titre, la mesure n'aura donc pas d'impact sur le solde de l'assurance maladie, et d'une manière plus générale sur les comptes consolidés de l'assurance maladie dans le nouveau cadre de la protection maladie universelle.

Le fonds percevrait en recettes :

- une dotation de l'assurance maladie correspondant à une dépense « lissée » ; c'est cette dotation qui serait comptabilisée au sein de l'ONDAM, à l'instar de la dotation des régimes d'assurance maladie à la CNSA ;
- l'ensemble des remises conventionnelles liées aux produits dont les dépenses seront prises en charge par le fonds ainsi que celles relatives aux dispositifs de régulation qui leur sont liés (remises liées à W ou au dispositif « Lh »).

Pour déterminer la dotation ONDAM et sa progression, l'augmentation annuelle moyenne des dépenses du fonds, nettes des remises perçues par le fonds, sera calculée sur les cinq dernières années. La dotation ONDAM ne pourra croître chaque année à un rythme inférieur à cette moyenne glissante.

[1] La différence entre ce prix libre et le prix facial négocié avec le CEPS fait toutefois l'objet d'un reversement rétroactif.

A titre transitoire, au cours des cinq premières années de vie du fonds, à défaut de pouvoir calculer ce taux de croissance moyen, il est proposé de fixer le plancher d'augmentation annuelle de la dotation ONDAM à 5%.

Le fonds n'a donc pas vocation à supporter la dynamique de long terme des dépenses d'innovation à la place de l'ONDAM, mais à amortir les déviations temporaires de l'évolution de ces dépenses par rapport à cette dynamique de long terme. Les années où la dynamique est supérieure à la tendance de long terme, le fonds contribuera à équilibrer l'ONDAM en prélevant sur ses ressources ; les années où cette dynamique sera plus faible, il sera en excédent et reconstituera ses réserves.

Pour assurer sa mission dès sa création, ce fonds recevra une dotation initiale de 876 M€, identifiée sur les fonds propres de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, par ailleurs affectataire pour un montant identique des réserves accumulées par la section 3 du Fonds de solidarité vieillesse.

La pérennité du fonds est assurée par plusieurs règles de pilotage :

- pour s'assurer que le fonds soit en capacité de reconstituer des excédents, notamment en période de ralentissement de la dépense, il est proposé qu'il ne puisse être en déficit, au titre d'un exercice donné, lorsque au moins trois déficits ont été constatés au cours des cinq exercices précédents ;

- pour éviter des décaissements trop rapides, il est proposé que le fonds ne puisse constater un déficit supérieur à 25 % de ses réserves sur un exercice donné. De manière symétrique, il est proposé que les excédents du fonds soient plafonnés à 25 % des réserves qu'il a consommées sur les exercices antérieurs, à fin d'éviter qu'il ne puisse accumuler des excédents au-delà de sa réserve initiale.

Un compte prévisionnel du fonds sera établi chaque année dans l'annexe VII du PLFSS et fera l'objet d'une présentation devant le comité d'alerte dans le cadre des avis qu'il rend à l'automne (sur la construction de l'ONDAM pour l'année suivante proposée dans le PLFSS) et au printemps (sur l'exécution de l'ONDAM pour l'année en cours).

b) Autres options possibles

Il pourrait être envisagé de doter le fonds de caractéristiques différentes, notamment :

- en constituant sa dotation initiale par une affectation temporaire (sur deux ou trois exercices) d'une partie de la taxe pharmaceutique ;
- en mettant à sa charge les seules dépenses de la liste en sus et des ATU/post-ATU hospitalières (MERRI).

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

La mesure affecte directement le niveau des dépenses de chacun des régimes d'assurance maladie qui ne retracera plus dans ses charges le total de la dépenses de remboursement au titre des médicaments entrant dans le périmètre du fonds mais sa dotation annuelle au fonds.

En outre, la présentation des comptes prévisionnels pour l'année à venir dans l'annexe VII du PLFSS consacrée à l'ONDAM contribue à améliorer l'information du Parlement.

Pour ces raisons la mesure relève de la partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année à venir, en application des dispositions 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) ?

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 introduit un article L. 221-1-2 nouveau dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Cette mesure n'abroge pas de disposition obsolète.

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 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

Compte tenu de la dynamique très rapide des traitements innovants anticipée en 2017, conduisant à un taux de progression des dépenses de près de 10 % sur la liste en sus, sur la liste rétrocession et au titre des molécules en ATU et post ATU, la construction de l'ONDAM 2017 telle que proposée dans le cadre du présent PLFSS (et présentée au sein de son annexe VII) retient une hypothèse de contribution maximale du fonds, correspondant à un déficit provisionnel de 25 % de sa dotation initiale (876 M€), soit 219 M€.

L'impact sur les exercices suivants est plus difficile à déterminer puisqu'il dépendra notamment des arrivées de nouvelles molécules en ATU (dépendant à la fois de la stratégie d'accès au marché des laboratoires et *in fine* des décisions de l'ANSM qui octroie les ATU), des indemnités de prix fixées par les laboratoires et de l'issue des négociations de prix au moment de leur inscription au remboursement (après évaluation de la HAS).

L'ensemble de ces inconnues rend toute prévision au-delà de l'exercice suivant extrêmement fragile et c'est pourquoi il est fait l'hypothèse d'un équilibre du fonds pour les exercices postérieurs à 2017.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
ONDAM		219	0	0	0
Assurance maladie		0	0	0	0

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

a) impacts économiques

Cette mesure n'a aucun impact sur le niveau de dépense consacrées par l'assurance maladie dans son ensemble au financement des molécules innovantes, bénéficiant notamment d'un accès précoce au remboursement. Elle n'a donc pas d'impact économique sur les acteurs du secteur.

b) impacts sociaux

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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 gestion comptable du FFIP est confiée à la CNAM. L'annexe VII du PLFSS remise par le Gouvernement au Parlement sera enrichie par la présentation d'un compte prévisionnel du FFIP pour l'année à venir dans le cadre de la présentation de la construction de l'ONDAM.

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 simple visant à modifier l'article D. 162-3 relatif aux charges imputables sur l'objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 doit être pris.

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

Le nouveau flux de facturation des ATU pour patients hospitalisés va devoir être mis en place par les caisses d'assurance maladie pour les établissements de santé ex-OQN.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

En l'absence d'impact sur les assurés et cotisants, aucune modalité d'information n'est prévue

d) Suivi de la mise en œuvre

Les comptes du FFIP seront réalisés chaque exercice par l'agent comptable de la CNAMTS.

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 :	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 ;	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, **et L. 162-22-7-3** 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. 160-8,	2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8,
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.	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.	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 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.	Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.
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.	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.
Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir.	Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir.
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.	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	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 quatre alinéas qui précèdent.	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 quatre alinéas qui précèdent.
Article L. 174-2-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 174-2-1 modifié du code de la sécurité sociale**
La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 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 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.	La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 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 aux articles **L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 162-22-7-3** 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 du code de la sécurité sociale	**Article L. 174-15 modifié du code de la sécurité sociale**
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.	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. 162-22-7-3**,** 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

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.	premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.
Article L. 221-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 221-1 modifié du code de la sécurité sociale**
La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :	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 ces deux branches. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ;	1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ;
	1° *bis* D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ;
2° De définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;	2° De définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;
3° De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ;	3° De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ;
4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ;	4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ;
5° D'organiser et de diriger le contrôle médical ;	5° D'organiser et de diriger le contrôle médical ;
6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;	6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;
7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;	7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;

8° Abrogé ;	**8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1 à L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° *bis* ;**
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 ;
12° De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation.	12° De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation.
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. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code.	La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code.
La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.	La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.
Article L. 241-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 241-2 modifié du code de la sécurité sociale**
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 à 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 du présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations.	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 à 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 du présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, 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 :	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 par leurs employeurs. Ces cotisations sont assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ;	1° Par les salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que par leurs employeurs. Ces cotisations sont assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ;
2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ;	2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ;
3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-2 et L. 380-3-1.	3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-2 et L. 380-3-1.
III.-Les ressources mentionnées au I du présent article sont constituées, en outre, de cotisations assises sur :	III.-Les ressources mentionnées au I du présent article sont constituées, en outre, de 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 ;	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.	2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.
IV. - Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.	Les 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 **III.**
Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :	**IV. -** Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées **des impositions et remboursements suivants attribués, en ce qui concerne le 8°, dans les conditions fixées par le décret mentionné au 4° du IV de l'article L. 136-8, à branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général :**
1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ;	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 ;	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 7,19 % 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 ;	3° Une fraction égale à 7,19 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des
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° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ; 9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8.	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° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ; 9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8.
Article 33 actuel de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004	**Article 33 modifié de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004**
Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1er janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1er mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes : I.-Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.	Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1er janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1er mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes : I.-Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés **aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3** du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.	Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.
L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1er janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.	L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1er janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.
L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.	L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.
L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.	L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.
La dérogation prévue au présent I prend fin au plus tard au 1er mars 2016 pour les actes et consultations externes et au plus tard le 1er mars 2018 pour les autres prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire, selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code.	La dérogation prévue au présent I prend fin au plus tard au 1er mars 2016 pour les actes et consultations externes et au plus tard le 1er mars 2018 pour les autres prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire, selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code.
(…)	*(…)*

ARTICLE 50 - Modification des conditions de prescription des médicaments biologiques

I. Présentation de la mesure

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

Dans un rapport de mai 2016, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a pris acte de l'évolution rapide des connaissances et de l'analyse continue des données d'efficacité et sécurité des médicaments biologiques similaires. L'agence ne s'oppose désormais plus à l'interchangeabilité en cours de traitement entre deux médicaments biologiques, et notamment entre un médicament biologique et l'un de ses biosimilaires, tant que des conditions minimales d'information et de consentement du patient, de surveillance médicale et de traçabilité, sont réunies.

Pour prendre acte de cette position de l'ANSM et permettre l'interchangeabilité en cours de traitement, il est nécessaire de faire évoluer le cadre législatif en modifiant les termes de la loi selon lesquels « lors du renouvellement du traitement, sauf dans l'intérêt du patient, le même médicament biologique que celui initialement délivré au patient est prescrit et le prescripteur porte sur la prescription la mention expresse « non substituable, en continuité de traitement » (cf. articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 du code de la santé publique).

Le développement des médicaments biosimilaires doit permettre la mise à disposition des patients d'une gamme élargie de médicaments et de solutions thérapeutiques. Il permet également de réduire les risques de rupture de stock et les éventuelles tensions qui peuvent exister sur le marché des médicaments biologiques compte tenu des difficultés inhérentes à leur production. Par ailleurs, de nombreux brevets de médicament de référence issus des biotechnologies doivent prochainement tomber dans le domaine public, et le développement des médicaments biosimilaires pourra permettre de financer par ailleurs l'achat de nouvelles innovations thérapeutiques.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à rendre possible, en cours de traitement, le changement d'un médicament biologique par un médicament biologique qui lui est similaire, c'est-à-dire par un médicament pour lequel la sécurité et l'efficacité attendue sont les mêmes que celles du traitement initialement proposé. Ce changement en cours de traitement est placé sous la responsabilité du prescripteur.

b) Autres options possibles

Un maintien des règles actuelles, contraignant le prescripteur à avoir recours, en cours de traitement, au même médicament biologique que celui initialement délivré, limiterait fortement le champ de prescription des médicaments biosimilaires.

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

La mesure aura un effet sur les dépenses des régimes d'assurance maladie affectant directement l'équilibre financier de ces régimes, ce qui justifie sa place en LFSS en application du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Elle autorise un développement significatif de la part des biosimilaires dans la prescription des médicaments, ce qui permettra de diminuer le coût de leur prise en charge par l'assurance maladie grâce à l'arrivée dans le domaine public de nombreux brevets de médicament de référence issus des biotechnologies. Elle donnera également la possibilité aux établissements de procéder à des appels d'offre sur un nombre plus limité de produits (cf. évaluation de l'impact financier 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, 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.

Il convient de rappeler que 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 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. 5125-23-2 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 directement 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

Actuellement, le recours à des médicaments biosimilaires dans les classes thérapeutiques où ces produits sont disponibles, notamment pour certains anti-TNF alpha ou pour certaines insulines, est relativement faible.

Cette situation s'explique notamment par le type de pathologies pour lesquelles ces médicaments sont indiqués. En effet, pour des traitements chroniques, le prescripteur est aujourd'hui dans l'impossibilité de modifier la molécule qu'il souhaite prescrire en cours de traitement : compte tenu de la durée de traitement (plusieurs années), cette contrainte - que la mesure vise à supprimer - ne permet structurellement pas aux médicaments biosimilaires de représenter une part de marché importante, puisque le nombre de nouveaux patients recevant ce type de produits est faible par rapport au nombre de patients déjà en cours de traitement.

Par ailleurs, du fait de cette même contrainte, les établissements de santé sont tenus de référencer l'ensemble des produits disponibles (notamment, le médicament biologique de référence et ses médicaments biosimilaires) et ne disposent dès lors que de marges limitées pour mettre en concurrence les différents laboratoires. Au contraire, autoriser l'interchangeabilité au cours de traitement permettra aux établissements de santé de mettre en place des appels d'offre sur un nombre plus limité de produits, selon les choix opérés par les prescripteurs en liaison avec les pharmaciens hospitaliers et réaliser ainsi des gains d'achat. Ces gains à l'achat, notamment pour les produits de la liste en sus, bénéficieront également à l'assurance maladie (grâce au mécanisme dit de "l'écart médicament indemnisable").

Ainsi, la possibilité donnée au prescripteur de changer de molécule en cours de traitement permet de lever ces freins au recours aux médicaments biosimilaires dans les cas où cela est justifié, et ainsi de renforcer la part des biosimilaires parmi les médicaments. Le potentiel de marché des biosimilaires ne se limiterait plus aux initiations de traitements mais s'élargirait également aux renouvellements de traitements. Il apparaît possible de dégager 30 M€ d'économies par an grâce à la pénétration sur le marché des médicaments biosimilaires. Cet impact tient compte des chutes de brevets progressives des médicaments biologiques actuellement sur le marché.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Régimes de base d'assurance maladie	0	+30	+60	+90	+120

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

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

a) impacts économiques

Cette mesure a un impact sur les laboratoires pharmaceutiques.

b) impacts sociaux

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

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…)

Sans objet

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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.

L'entrée en vigueur de la mesure est prévue au 1er janvier 2017.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les mesures d'informations des patients et de surveillance clinique relèvent des attributions habituelles des prescripteurs et ne nécessitent pas d'aménagement particulier.

d) Suivi de la mise en œuvre

Dans le cadre du volet obligatoire du contrat simplifié qui entrera en vigueur au 1er janvier 2017, les établissements devront réaliser un bilan annuel de leur action notamment un suivi des taux de prescription des médicaments biosimilaires par rapport aux médicaments appartenant à la même classe.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 5125-23-2 actuel du code de la santé publique	**Article L. 5125-23-2 modifié du code de la santé publique**
Dans le cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, il porte sur la prescription la mention expresse "en initiation de traitement". Lors du renouvellement du traitement, sauf dans l'intérêt du patient, le même médicament biologique que celui initialement délivré au patient est prescrit et le prescripteur porte sur la prescription la mention expresse "non substituable, en continuité de traitement". Dans tous les cas, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.	Dans le cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, il porte sur la prescription la mention expresse "en initiation de traitement". ~~*Lors du renouvellement du traitement, sauf dans l'intérêt du patient, le même médicament biologique que celui initialement délivré au patient est prescrit et le prescripteur porte sur la prescription la mention expresse "non substituable, en continuité de traitement". Dans tous les cas,*~~ **Lors de l'initiation ou du renouvellement du traitement,** le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.
Article L. 5125-23-3 actuel du code de la santé publique	**Article L. 5125-23-3 modifié du code de la santé publique**

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies :	Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies :
1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire mentionné au b du 15° de l'article L. 5121-1 ;	1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire mentionné au b du 15° de l'article L. 5121-1 ;
2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ;	2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ;
3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution ;	3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution ;
4° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.	4° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.
Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.	Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.
Le pharmacien assure la dispensation de ce même médicament biologique lors du renouvellement de la prescription ou d'une nouvelle ordonnance de poursuite de traitement.	~~*Le pharmacien assure la dispensation de ce même médicament biologique lors du renouvellement de la prescription ou d'une nouvelle ordonnance de poursuite de traitement.*~~
Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement.	Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement.
Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.	Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

ARTICLE 51 - Modification des conditions de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou dans le régime du « post-ATU »

I. Présentation de la mesure

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

Les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) octroyées par l'Agence nationale de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (ANSM) sont destinées à permettre l'accès précoce des patients à des médicaments le plus souvent innovants, qui ne bénéficient pas encore d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et qui sont utilisés pour le traitement de maladies rares ou graves, lorsqu'il n'existe pas de traitement alternatif. Les ATU sont octroyées pour des indications de traitement spécifiques, et plusieurs ATU peuvent être délivrées pour un même médicament. Une demande d'AMM doit être déposée par le laboratoire parallèlement à l'ATU.

Lorsqu'un médicament bénéficiant d'une ATU reçoit son AMM, la ou les ATU prennent fin et le médicament entre dans le régime transitoire dit du « post-ATU », qui permet d'assurer une continuité d'accès au traitement jusqu'à ce qu'une prise en charge définitive soit accordée à ce médicament, une fois les négociations entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé (CEPS) terminées.

Le dispositif d'autorisation temporaire d'utilisation constitue un outil important de promotion et d'accès à l'innovation thérapeutique. Néanmoins, pour lui permettre de continuer à assurer cette fonction dans un cadre contraint, il apparaît nécessaire d'apporter à ce dispositif un certain nombre d'ajustements.

En effet, ce dispositif présente deux types de difficulté : d'une part, il est encore incomplet car il ne couvre pas tous les cas où les patients pourraient bénéficier d'un traitement innovant et, d'autre part, l'usage de ses règles d'indemnisation par quelques acteurs peut rendre son impact financier non maîtrisé.

Le premier problème est lié aux indications multiples de certaines spécialités. En effet, dès lors qu'une tarification est intervenue, le dispositif n'est plus applicable pour aucune des indications, y compris pour celles qui n'ont pas encore fait l'objet d'une tarification. Cette disposition fait courir un risque sur l'accès aux produits les plus innovants et sur la continuité de traitement des patients.

Par ailleurs, en l'état du droit actuel, la prise en charge des médicaments bénéficiant d'une ATU ou en post-ATU s'effectue sur la base d'une « indemnité » librement fixée par le laboratoire durant toute cette période.

La prise en charge de ces médicaments avant la négociation de leurs tarifs de remboursement empêche toute modération des prétentions tarifaires des laboratoires et expose en conséquence l'assurance maladie à des dépenses trop élevées. En La libre fixation des prix jusqu'à ce qu'un accord soit trouvé avec le CEPS et l'absence de garantie sur la récupération de la différence entre le prix libre et le prix négocié net des remises conventionnelles, n'incitent pas les industriels à conclure des négociations rapides avec celui-ci, puisque la prise en charge en post-ATU est économiquement toujours plus intéressante que celle proposée par le CEPS. Il en résulte des négociations longues, - certaines excèdent largement les délais légaux – qui favorisent des prétentions tarifaires excessives car le produit reste, durant cette période, en accès libre.

En outre, les conditions de sortie des dispositifs ATU et post-ATU n'étant pas toutes définies explicitement, certains produits peuvent en outre bénéficier plus longtemps que nécessaire de ce mode de prise en charge dérogatoire.

En effet, s'agissant de l'ATU, il n'est pas prévu d'obligation de mettre fin à cette autorisation en cas de refus de l'AMM.

Lorsqu'un médicament est en post-ATU, il n'est pas non plus précisé que certaines situations doivent conduire à une sortie du dispositif de prise en charge : évaluation négative de la Commission de la transparence (SMRi), absence de demande d'inscription ou demande d'inscription sur la seule liste des médicaments à usage des collectivités (ce qui n'entraîne alors pas de négociation de prix en CEPS), absence d'accord sur le prix avec le CEPS. Au contraire, lorsqu'un médicament dispose d'une ATU dans plusieurs indications, l'inscription de l'une des indications sur une liste de remboursement met fin à la période de post-ATU pour toutes les indications en bénéficiant, et pourrait ainsi priver certains patients d'une continuité de leur traitement.

Enfin, les laboratoires ne sont actuellement pas incités à déposer rapidement un dossier d'évaluation à la HAS à la suite de l'obtention de l'AMM, et peuvent rester ainsi plus longtemps que de besoin dans le régime du post-ATU.

Une refonte des conditions de sortie de la prise en charge des médicaments sous ATU et post-ATU définie au niveau législatif se justifie d'autant plus que l'assurance maladie devra de plus en plus fréquemment faire face à l'avenir à l'arrivée de nouveaux produits innovants et extrêmement coûteux, à l'image des anti-PD1 en 2016.

En effet, si les dépenses totales liées aux médicaments sous ATU et post-ATU, avant régulation spécifique, étaient relativement stables jusqu'en 2013, et s'établissaient légèrement au dessus de 100 M€ par an, ces dépenses ont très significativement augmenté les années suivantes. En 2014, les médicaments en ATU et post ATU ont représenté un coût

avant régulation de plus de 1,2 Md€ en 2014, en raison de l'arrivée des nouveaux médicaments de l'hépatite C. En 2015, les dépenses restent très élevées, et atteignent près de 600 M€. Elles sont en partie tirées par la prise en charge de certains anticancéreux (anti-PD1). Entre 2013 et 2015, les dépenses ont ainsi été multipliées par un facteur proche de 6.

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

a) Mesure proposée

La mesure maintient le principe d'un accès précoce aux produits sur autorisation de l'ANSM et celui de la libre fixation du prix (qualifié par la loi d'indemnité) par les industriels.

Mais elle révise les conditions selon lesquelles le champ de la négociation conventionnelle entre le laboratoire et le CEPS est rendu applicable, rétroactivement, à la période d'ATU et de post-ATU : le laboratoire sera tenu au reversement de l'éventuel différentiel entre le prix libre qu'il aura fixé durant la phase d'ATU et le prix net, c'est-à-dire calculé après déduction des remises, négocié conventionnellement entre le Comité des produits de santé (CEPS) et le laboratoire. Le dispositif permet donc de rendre applicable pour les ATU la distinction, courante pour les médicaments tarifés, entre prix facial (déterminé par l'industriel dans le cas des ATU) et prix net (négocié). En recherchant un meilleur équilibre entre les contraintes de mise à disposition des médicaments qui pèsent sur les laboratoires et les ressources de l'assurance maladie, cette mesure tend ainsi à renforcer la pérennité et la solidité des dispositifs ATU et post-ATU au bénéfice des patients pour que ces derniers continuent d'avoir accès aux meilleurs soins possibles, sans avance de frais ni reste à charge. La mesure clarifie également les autres situations qui pourraient conduire à la fin de la prise en charge en ATU ou en post-ATU, notamment la prise en charge d'une alternative thérapeutique ou le non respect des conditions et engagements pris par le laboratoire pour bénéficier de ces dispositifs dérogatoires.

L'article crée également plusieurs incitations pour que les laboratoires et le CEPS négocient rapidement les conditions d'une prise en charge de droit commun. Il encadre d'une part les délais dans lesquels le laboratoire doit soumettre ces différents dossiers en vue d'obtenir une évaluation complète de son produit. Le non-respect de ces délais peut entraîner des pénalités ou conduire à l'arrêt de la prise en charge du produit. Par exemple, suite à l'obtention de l'AMM, le laboratoire devra respecter un délai maximum de dépôt de demande d'inscription sur l'une des listes de remboursement (liste en sus, de rétrocession, liste des médicaments disponibles en ville). En cas de dépassement de ce délai, le médicament serait automatiquement sorti du dispositif post-ATU.

L'article élargit en outre les possibilités d'application de l'ATU et favorise ainsi l'accès précoce aux thérapeutiques innovantes. Il corrige ainsi les manques d'un dispositif qui ne permettait pas de gérer les conditions de prise en charge de différentes indications thérapeutiques d'un même médicament, et faisait peser le risque que certains patients se retrouvent en rupture de prise en charge au cours de leur traitement. Ainsi, même si de premières indications basculent d'une prise en charge en post-ATU vers un remboursement de droit commun, les indications qui n'auraient pas encore fait l'objet d'une négociation avec le CEPS (du fait par exemple d'un décalage dans les dates d'obtention des résultats des études cliniques) pourront continuer de disposer du régime du post-ATU.

A la suite des recommandations du rapport de Dominique Polton (décembre 2015) portant sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments, la mesure prévoit également la continuité du recueil des informations de suivis relatives aux traitements transmises par les laboratoires entre les périodes d'ATU et de post-ATU, pour chaque indication thérapeutique.

Enfin, puisque les médicaments bénéficiant d'une ATU n'ont par définition pas encore fait l'objet d'une évaluation complète par les autorités sanitaires, la mesure prévoit de renforcer le suivi et la transmission d'information relatives à la prise en charge des patients qui bénéficient de ces produits. Une procédure de récupération d'indus pourra être mise en place en cas de non respect de ces dispositions.

Cette mesure permet ainsi d'apporter une réponse satisfaisante à trois des difficultés principales rencontrées par le régime des ATU :

- la disponibilité des produits à indications multiples lorsque l'une d'entre elle a été tarifée mais pas les autres : il s'agit d'une amélioration de l'accès aux soins et d'une garantie de la continuité de traitement pour les patients ;
- l'impact budgétaire élevé, dû à la liberté de fixation du prix ;
- l'absence d'incitation à conduire des négociations rapides avec le CEPS ;

Le bénéfice de l'accès précoce aux médicaments est préservé pour les patients, les laboratoires conservent la libre fixation du prix facial le risque financier est maîtrisé pour l'assurance maladie et le niveau de prix net est fixé par la négociation tarifaire de façon cohérente entre les périodes ATU/post ATU et tarifées.

b) Autres options possibles

Une autre option serait d'envisager la gratuité des médicaments sous ATU et post-ATU. Cependant s'il a l'avantage de la simplicité, ce mécanisme rendrait moins incitatif un lancement précoce sur le marché français. Il serait par ailleurs difficile de ne pas compenser les industriels, au moins partiellement, pour leur activité de production.

Une dernière option envisageable serait, tout en préservant le dispositif des ATU fondé sur un prix libre et une autorisation de l'ANSM, de plafonner le coût pour l'assurance maladie par patient traité (par le versement de remises). Ce plafonnement serait provisoire (la négociation conventionnelle permettrait de fixer rétroactivement un prix net cohérent avec celui qui est négocié) et favoriserait une conclusion plus rapide de la négociation, tout en aboutissant à une solution équilibrée pour les parties.

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 de l'année à venir, en application des dispositions du 2° 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) ?

La présente disposition est compatible avec la directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes d'assurance-maladie et l'interprétation qui en a été faite par décision de la CJUE du 16 avril 2015, dès lors que cette disposition est applicable à tous les médicaments inscrits sur la liste, sans qu'aucune discrimination soit opérée entre les médicaments nationaux et ceux provenant d'autres Etats membres.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 5121-12 du code de la santé publique et les articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L. 162-22-7-2 du CSS relatif aux conditions de minoration forfaitaire applicables aux prestations hospitalières lorsqu'un médicament mentionné à l'article L. 162-22-7 est facturé en sus 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 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 proposée vise avant tout à se prémunir de l'impact important et difficilement prévisible d'un nombre réduit de classes de médicaments entrainant d'importantes dépenses en ATU ou post-ATU (à l'image de ce qui s'est produit sur les nouveaux médicaments du virus de l'hépatite C, ou certains anticancéreux).

En faisant l'hypothèse que sur les produits les plus onéreux, la mesure permette de diminuer l'impact financier des ATU de 10%, cela représente, sur une base de 600M€ d'ATU, 60M€ d'économies. Du fait des conditions plus équilibrées de négociation, cette économie se retrouverait ensuite dans les tarifs, ce qui conduirait à une économie incrémentale de 60M€ chaque année.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Régimes de base d'assurance maladie	0	+60	+120	+180	+210

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

a) impacts économiques

Cette mesure a un impact sur les laboratoires pharmaceutiques. Cette mesure n'a pas d'impact sur les patients, qui pourront toujours bénéficier des médicaments sous ATU (du fait du libre accès) et du tiers-payant.

b) impacts sociaux

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

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…)

Sans objet.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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 délai à l'issue duquel le tarif de responsabilité est réduit ainsi que le taux de réduction sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ces textes pourraient être publiés au cours du 2ème trimestre de l'année 2017 pour une mise en œuvre en 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.

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Suivi des dépenses des médicaments en ATU, post-ATU, et inscrits sur la liste en sus.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Art. L. 5121-12 actuel du code de la santé publique	Art. L. 5121-12 modifié du code de la santé publique
I. — Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments destinés à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée et que l'une des conditions suivantes est remplie :	I. — Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments destinés à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée et que l'une des conditions suivantes est remplie :
1° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché qui a été déposée ou que l'entreprise intéressée s'engage à déposer dans un délai déterminé ;	1° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché qui a été déposée ou que l'entreprise intéressée s'engage à déposer dans un délai déterminé**, d'un an au maximum ;**
2° Ces médicaments, le cas échéant importés, sont prescrits, sous la responsabilité d'un médecin, à un patient nommément désigné et ne pouvant participer à une recherche impliquant la personne humaine dès lors qu'ils sont susceptibles de présenter un bénéfice pour lui et que leur efficacité et leur sécurité sont présumées en l'état des connaissances scientifiques. Le médecin prescripteur doit justifier que le patient, son représentant légal ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6 a reçu une information adaptée à sa situation sur l'absence d'alternative thérapeutique, les risques courus, les contraintes et le bénéfice susceptible d'être apporté par le médicament. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.	2° Ces médicaments, le cas échéant importés, sont prescrits, sous la responsabilité d'un médecin, à un patient nommément désigné et ne pouvant participer à une recherche impliquant la personne humaine dès lors qu'ils sont susceptibles de présenter un bénéfice pour lui et que leur efficacité et leur sécurité sont présumées en l'état des connaissances scientifiques. Le médecin prescripteur doit justifier que le patient, son représentant légal ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6 a reçu une information adaptée à sa situation sur l'absence d'alternative thérapeutique, les risques courus, les contraintes et le bénéfice susceptible d'être apporté par le médicament. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.
II. — L'utilisation des médicaments mentionnés au I est autorisée, pour une durée limitée, éventuellement renouvelable par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, à la demande du titulaire des droits d'exploitation du médicament dans le cas prévu au 1° du I ou à la demande du médecin prescripteur dans le cas prévu au 2° du même I.	II. — L'utilisation des médicaments mentionnés au I est autorisée, pour une durée limitée, éventuellement renouvelable par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, à la demande du titulaire des droits d'exploitation du médicament dans le cas prévu au 1° du I ou à la demande du médecin prescripteur dans le cas prévu au 2° du même I.
III. — Une demande au titre du 2° du I n'est recevable que si l'une des conditions suivantes est remplie :	III. — Une demande au titre du 2° du I n'est recevable que si l'une des conditions suivantes est remplie :
1° Le médicament a fait l'objet d'une demande au titre du 1° du même I ;	1° Le médicament a fait l'objet d'une demande au titre du 1° du même I ;
2° Le médicament a fait l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ou d'une demande d'autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;	2° Le médicament a fait l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ou d'une demande d'autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;
	3° Des essais cliniques sont conduits en France ou une

3° Des essais cliniques sont conduits en France ou une demande d'essai clinique a été déposée ; 4° Le titulaire des droits d'exploitation s'engage à déposer, dans un délai déterminé par l'agence, une des demandes mentionnées aux 1° et 2° du présent III. En cas de rejet de l'une de ces demandes, l'autorisation mentionnée au 2° du I accordée sur son fondement est retirée pour les indications thérapeutiques sollicitées dans la demande.	demande d'essai clinique a été déposée ; 4° Le titulaire des droits d'exploitation s'engage à déposer, dans un délai déterminé par l'agence, une des demandes mentionnées aux 1° et 2° du présent III. En cas de rejet de l'une de ces demandes, l'autorisation mentionnée au 2° du I accordée sur son fondement est retirée pour les indications thérapeutiques sollicitées dans la demande.
IV. — Par dérogation aux dispositions du III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée dans l'un des cas suivants : 1° Lorsque, en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour le patient sont très fortement probables ; 2° Lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée ; 3° Si, dans l'indication thérapeutique sollicitée, le titulaire des droits d'exploitation du médicament s'est vu refuser une demande pour un médicament mentionné au 1° du I ou si une demande d'autorisation d'essai clinique mentionnée au III a été refusée, sous condition d'une information du patient et du praticien sur les motifs du refus de la demande et sous réserve d'un bénéfice individuel pour le patient.	IV. — Par dérogation aux dispositions du III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée dans l'un des cas suivants : 1° Lorsque, en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour le patient sont très fortement probables ; 2° Lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée ; 3° Si, dans l'indication thérapeutique sollicitée, le titulaire des droits d'exploitation du médicament s'est vu refuser une demande pour un médicament mentionné au 1° du I ou si une demande d'autorisation d'essai clinique mentionnée au III a été refusée, sous condition d'une information du patient et du praticien sur les motifs du refus de la demande et sous réserve d'un bénéfice individuel pour le patient.
V. — Sauf si elle est accordée conformément au IV, l'autorisation est subordonnée à la conclusion, entre l'agence et le titulaire des droits d'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations concernant l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Ce recueil d'informations concerne notamment les personnes appartenant à des populations non ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché. Pour les médicaments autorisés au titre du même IV, les prescripteurs transmettent à l'agence, à l'expiration de l'autorisation et, le cas échéant, à l'occasion de chaque renouvellement, des données de suivi des patients traités. La nature de ces données est précisée par l'autorisation. Ces autorisations peuvent également être subordonnées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à la mise en place d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations.	V. — Sauf si elle est accordée conformément au IV, l'autorisation est subordonnée à la conclusion, entre l'agence et le titulaire des droits d'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations concernant l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Ce recueil d'informations concerne notamment les personnes appartenant à des populations non ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché. Pour les médicaments autorisés au titre du même IV, les prescripteurs transmettent à l'agence, à l'expiration de l'autorisation et, le cas échéant, à l'occasion de chaque renouvellement, des données de suivi des patients traités. La nature de ces données est précisée par l'autorisation. Ces autorisations peuvent également être subordonnées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à la mise en place d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations.
VI. — L'autorisation mentionnée au II peut être suspendue ou retirée si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique.	VI. — L'autorisation mentionnée au II peut être suspendue ou retirée si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique.

Art. L. 162-16-5-1 actuel du code de la sécurité sociale	Art. L. 162-16-5-1 modifié du code de la sécurité sociale
Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'un médicament bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 déclare au comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. En l'absence de laboratoire exploitant, toute pharmacie à usage intérieur intéressée à l'achat de ce médicament déclare au comité le montant de l'indemnité qui lui est réclamée pour acquérir le produit si cette indemnité n'a pas déjà fait l'objet d'une déclaration au comité. Le comité rend publiques ces déclarations. Le laboratoire exploitant la spécialité ou, à défaut, les pharmacies à usage intérieur qui se sont procuré ce produit informent annuellement le comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues. Si le prix ou le tarif de remboursement fixé ultérieurement par le comité économique des produits de santé pour le médicament lors de son inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé sur la base de l'indemnité et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix ou au tarif de remboursement fixé par le comité. Le produit de cette remise est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8.	**I. - Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou plusieurs autorisations mentionnées 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 déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. Le comité rend publiques ces déclarations.** **Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le Comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues, au titre de l'année civile écoulée.** **II. – Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.** **Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net :** **1° le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :** **a) Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement et jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-**

	16-5-2 ; **b) Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net.** **2° le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux a et b précédents.** **III. - Pour l'application du II, lorsque pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.** **Les dispositions du II sont également applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :** **1° soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ou un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché ;** **2° soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.** **Dans les deux cas, les dispositions du premier alinéa s'appliquent pour la fixation du prix de référence, ou sa modification éventuelle.** **IV. - La prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus à ce même article. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.**

Art. L. 162-16-5-2 actuel du code de la sécurité sociale	Art. L. 162-16-5-2 modifié du code de la sécurité sociale
I. — Un médicament qui, préalablement à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques pour une indication répondant à l'une des situations suivantes : 1° L'indication a fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation et est mentionnée soit dans l'autorisation de mise sur le marché, soit dans une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation par les autorités compétentes ;	I. — Un médicament qui, préalablement à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques pour une indication répondant à l'une des situations suivantes : 1° L'indication a fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation et est mentionnée soit dans l'autorisation de mise sur le marché, soit dans une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation par les autorités compétentes ;
2° L'indication n'a pas fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation, est mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché et soit il n'existe pas d'alternative thérapeutique prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale identifiée par la Haute Autorité de santé, soit le patient est en échec de traitement ou présente une contre-indication aux alternatives thérapeutiques prises en charge identifiées.	2° L'indication n'a pas fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation, est mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché et soit il n'existe pas d'alternative thérapeutique prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale identifiée par la Haute Autorité de santé, soit le patient est en échec de traitement ou présente une contre-indication aux alternatives thérapeutiques prises en charge identifiées.
Par dérogation au premier alinéa du présent I, lorsque le traitement a été initié au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation soit mentionnée au 1° du I du même article L. 5121-12 dans une indication non reprise dans l'autorisation de mise sur le marché, soit mentionnée au 2° du même I, la prise en charge du médicament est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique .	Par dérogation au premier alinéa du présent I, lorsque le traitement a été initié au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation soit mentionnée au 1° du I du même article L. 5121-12 dans une indication non reprise dans l'autorisation de mise sur le marché, soit mentionnée au 2° du même I, la prise en charge du médicament est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.
II. — La prise en charge des indications mentionnées au 2° du I du présent article est autorisée sur avis conforme de la Haute Autorité de santé, saisie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.	II. — La prise en charge des indications mentionnées au 2° du I du présent article est autorisée sur avis conforme de la Haute Autorité de santé, saisie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
La saisine est transmise dans un délai de deux semaines à compter de l'avis du comité des médicaments à usage humain.	La saisine est transmise dans un délai de deux semaines à compter de l'avis du comité des médicaments à usage humain.
La Haute Autorité de santé mentionne, pour chaque indication concernée, les alternatives thérapeutiques prises en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-17-2-1 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Elle transmet son avis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'à l'agence et le rend public, au plus tard un mois après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché.	La Haute Autorité de santé mentionne, pour chaque indication concernée, les alternatives thérapeutiques prises en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-17-2-1 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Elle transmet son avis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'à l'agence et le rend public, au plus tard un mois après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché.
III. — La prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce qu'une décision relative à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ait été prise et, le cas échéant, jusqu'à ce que l'avis de fixation du tarif de	**III. A. - Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :** **1° une décision relative à l'inscription de cette**

responsabilité ou du prix ait été publié. Le présent article cesse de s'appliquer si aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'a été déposée, pour le médicament considéré, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché.	**indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;** **2° l'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;** **3° aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'a été déposée, pour l'indication considérée, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, ou le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une des ces listes.** **B. - Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :** **1° une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code ;** **2° aucun accord sur le prix ou le tarif de responsabilité n'est trouvé par convention entre le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché et le Comité économique des produits de santé dans un délai défini par décret en Conseil d'Etat à compter de l'autorisation de mise sur le marché, pour l'indication considérée, et le Comité économique des produits de santé n'a pas, dans ce même délai, fixé, par décision, un prix ou un tarif de responsabilité prenant en compte l'indication considérée ;** **3° les prises en charge cumulées au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et du I du présent article ont excédé un délai fixé par décret en Conseil d'Etat ;** **4° les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.** **Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci doit être adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à**

	compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. **Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les conditions de délai prévues ci-dessus, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités précisées à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.** **IV. – Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités prévus au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, pour chaque indication considérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. »** **V - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.**
Art. L. 162-18 actuel du code de la sécurité sociale	**Art. L. 162-18 actuel du code de la sécurité sociale**
Les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France. Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet. Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.	Les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France. Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet. Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

	Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années. **Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, et relevant de cet article, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L 162-16-5, ou L. 162-16-6.** **Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application des dispositions de l'alinéa précédent.** **A défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.**

ARTICLE 52 – Faire évoluer les critères de fixation et de modification des prix et tarifs des produits de santé

I. Présentation de la mesure

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

Le système français de fixation de prix des produits de santé est fondé sur la négociation conventionnelle entre le comité économique des produits de santé et les industriels. Ces négociations sont pour l'essentiel organisées par des accords-cadres (celui du médicament est entré en vigueur en janvier 2016 et celui des dispositifs médicaux est en cours de négociation) et aboutissent à des avenants conventionnels, qui sont traduits en publication de prix par le comité. Le prix des produits de santé est ainsi tout à la fois négocié et administré. A ce titre, l'existence de remises permet souvent d'aboutir à des accords avec les industriels, en dissociant le prix facial du coût pour l'assurance maladie.

Le cycle des innovations et des tombées de brevet rythme le cycle économique des produits de santé et nourrit les discussions conventionnelles relatives aux évolutions des prix. Au-delà même de leur fixation initiale, les prix ont donc vocation à évoluer dans le temps. Dans quelques cas, les divergences entre les industriels et le comité sur le montant ou le calendrier de l'évolution des prix ne permet pas d'aboutir à un accord et il revient au comité, dans le respect des orientations fixées par les ministres compétents de prendre les décisions qui garantiront le respect des objectifs fixés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

Pour asseoir juridiquement ses propositions et plus encore ses décisions, le comité doit s'appuyer sur une base législative adaptée. Or les articles qui établissent cette base, que ce soit pour le médicament (L162-16-4, L162-16-5 et L162-16-6 du code de la sécurité sociale) ou pour les dispositifs médicaux (L165-2) sont aujourd'hui incomplets. Ils ne recouvrent en effet pas toutes les possibilités ouvertes par l''accord-cadre et ont donné lieu à des contentieux où le juge a dû constater qu'en raison de leur absence dans les textes législatifs, les prix réellement pratiqués par les fabricants ne pouvaient être retenus pour modifier le tarif de responsabilité. Plus généralement, l'absence de ces critères fait courir un risque juridique à l'ensemble des pratiques qui fondent aujourd'hui la doctrine et la pratique du CEPS.

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

Il est proposé de compléter la liste des critères de fixation des prix pour rendre compte, dans la loi, de l'ensemble des éléments utilisés par le CEPS, et ainsi rendre plus claire et plus lisible son action. Ces modifications interviennent pour la fixation et la modification des prix des médicaments et des dispositifs médicaux. Parmi les critères généraux de fixation des prix, il est proposé de prendre en compte les montants remboursés par l'Assurance maladie au titre de ce produit, et les modifications de dépenses relatives à un ensemble de pathologies similaires, pour faire en sorte que les prix fixés restent soutenables pour la collectivité.

En outre, il est également proposé que les médicaments puissent être fixés à un niveau de prix plus bas que celui qui résulterait de l'application des critères généraux en prenant en compte les éléments suivants :

- l'ancienneté des produits, ou la chute d'un brevet, pour pouvoir faire évoluer au cours du temps les prix des produits,
- les prix des produits utilisés dans des pathologies proches, ou présentant des mécanismes d'action similaires, pour éviter que des référentiels de prix déconnectés s'établissent dans des champs relativement semblables,
- l'utilisation d'autres traitements, de façon concomitante ou séquentielle, à celui qui est considéré, pour évaluer une stratégie thérapeutique dans son ensemble,
- l'existence de remises ou de ristournes entre les différents acteurs de la chaîne de distribution,
- les prix pratiqués dans d'autres pays lorsqu'ils sont inférieurs à ceux fixés en France.

Par nature, ces critères ne peuvent en effet être utilisés que pour une baisse de prix. Par exemple, les prix faciaux étant toujours supérieurs aux prix nets, ils ne reflètent pas les conditions économiques des accords trouvés dans un pays qui sont en général moins favorables pour les laboratoires du fait des remises consenties. Mais à l'inverse, l'existence d'un prix facial plus bas chez un partenaire européen signifie malgré tout que le laboratoire est susceptible d'accepter le commercialiser à ce prix. De même, faire figurer le prix de tous les médicaments comparables dans les critères généraux de fixation des prix obligerait en pratique à faire converger les prix de tous ces médicaments, ce qui poserait des problèmes majeurs d'équité et rendraient caducs les principes de la vie conventionnelle.

Il est en outre fait référence aux remises que peuvent consentir certains laboratoires lors de leurs négociations avec le CEPS, ou au travers des mécanismes de régulation macro-économique, pour que le CEPS puisse prendre pour référence un niveau de prix nets de ces différents dispositifs.

L'ensemble de ces critères vise à sécuriser juridiquement la gestion dynamique des prix des différents produits de santé que conduit d'ores et déjà le CEPS afin de respecter les objectifs qui lui ont été fixés par le législateur.

Par ailleurs, la mesure introduit la possibilité de réviser conjointement, par exemple selon un même taux d'évolution, un ensemble de prix pour des produits proches ou comparables.

S'agissant des dispositifs médicaux et prestations associés, la mesure clarifie le cadre dans lequel les négociations relatives aux révisions de tarifs des produits inscrits sous description générique et description générique renforcée peuvent être réalisées. Elle permet au CEPS de ne négocier qu'avec les entreprises ou groupes d'entreprises dont la taille – mesurée selon la part des montants remboursés qu'elle représente – est suffisamment importante (au moins 10% des montants remboursés visés). Cela doit conduire le CEPS à mener des discussions plus rapides avec les industriels, et ainsi à actualiser plus fréquemment les différentes parties de la LPP.

Afin analyser plus finement et de réguler plus facilement l'évolution de ces dispositifs, la mesure vise enfin à introduire un suivi exhaustif de la LPP d'ici à deux ans. A cet horizon, pour être pris en charge, chaque dispositif médical inscrit à la LPP devra disposer d'un numéro permettant d'identifier son fabricant et son modèle. Ces données permettront notamment au CEPS de disposer d'informations plus riches pour négocier les prix de ces dispositifs inscrits à la LPP, et de mettre en place des mécanismes de régulation plus spécifiques. L'entrée en vigueur différée de cette mesure doit permettre aux systèmes d'information des différents acteurs d'évoluer, et aux industriels de remplir les démarches nécessaires pour obtenir les identifiants.

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 de l'année à venir, en application des dispositions 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 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. 161-37, L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 162-17-4, L. 162-18, L. 165-2, L. 165-3-3 et L. 165-4 du CSS.

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 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

La modification des critères utilisés par le CEPS pour fixer et faire évoluer les prix des produits de santé permettra de sécuriser juridiquement les décisions de prix du comité afin de lui permettre de réaliser les objectifs fixés par le législateur. Ainsi, sur l'année 2016, le bilan des annulations contentieuses liées au défaut de base légale de certaines décisions du CEPS (et qui auraient été fondées avec le dispositif présenté) s'élève à 40M€. Ce montant peut légitimement être extrapolé aux années ultérieures.

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 -)*				
	2016 ***(rectificatif)***	2017	2018	2019	2020
Régimes de base d'assurance maladie	0	40	80	120	160

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

a) impacts économiques

Ces mesures pourront avoir un impact économique sur les entreprises commercialisant les médicaments et dispositifs médicaux pris en charge par l'Assurance maladie, ainsi que sur les distributeurs en gros et aux détails, et sur les établissements de santé, puisqu'elle pourra conduire le CEPS à modifier le prix de certains produits de santé.

b) impacts sociaux

Les mesures proposées pourront avoir un impact sur les assurés achetant des produits de santé dont le prix aura été modifié.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

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

Les mesures proposées sont sans impact sur les assurés en termes de démarches, de formalités ou charges administratives.

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

Les mesures proposées sont sans un impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale.

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 décrets en Conseil d'Etat permettant de préciser le cadre d'application des critères de fixation de prix des produits de santé seront modifiés, pour prendre en compte les nouveaux éléments introduits par la mesure.

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.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le CEPS rendra compte de l'application de ce nouveau cadre de fixation des prix des produits de santé dans son rapport annuel.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale	Article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale modifié
Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité.	**I -** Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité.
La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Lorsque la fixation du prix du médicament est fondée sur une appréciation de l'amélioration du service médical rendu différente de celle de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé fait connaître à la commission les motifs de son appréciation.	La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu ~~apportée~~ par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, **des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés,** ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. ~~*Lorsque la fixation du prix du médicament est fondée sur une appréciation de l'amélioration du service médical rendu différente de celle de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé fait connaître à la commission les motifs de son appréciation.*~~
Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.	Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.
Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.	**II – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, pour au moins l'un des motifs suivants :**
Sont constatées et poursuivies, dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.	**1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments comparables sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou de la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité ;** **2° Le prix ou le tarif des médicaments comparables et les remises applicables à la spécialité concernée et aux médicaments comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 162-18 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;** **3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments comparables par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;** **4° Le prix ou le tarif et les remises applicables aux médicaments utilisés concomitamment ou séquentiellement avec la spécialité concernée ;** **5° L'existence de prix ou de tarifs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, inférieurs dans d'autres pays européens ;**

	6° Un niveau de service médical rendu inférieur à celui des médicaments comparables, ou un niveau de service médical rendu faible ou modéré lorsque le médicament ne dispose pas de comparateur. **Les médicaments comparables sont des médicaments soit appartenant à la même classe pharmaco-thérapeutique, soit ayant la même visée thérapeutique, soit présentant un mécanisme d'action similaire ou soit traitant des pathologies similaires ou comparables en termes notamment de gravité.** **III -** Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix. **IV – L'accord-cadre mentionné à l'article L. 162-17-4 peut préciser les modalités de mise en œuvre des conventions mentionnées au I et au II.** **V** - Sont constatées et poursuivies, dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.
Article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale modifié**
I.-Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par décision du Comité économique des produits de santé et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament, de l'amélioration du service	I.-Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée **et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités,** est ~~égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est~~ fixé **par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par** décision du Comité ~~économique des produits de santé~~**. Il est fixé** ~~et~~ au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de

médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.	quinze jours après cette décision. **Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues par le II de ce même article.** ~~*La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament, de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.*~~
Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée. Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise. Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. II.-Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, au prix de cession fixé en application du deuxième alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée.	Tant que le ~~*prix de vente déclaré ou*~~ le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée. ~~*Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.*~~ Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. II.-Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur ~~*au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant,*~~ au prix de cession fixé en application du **premier** ~~*deuxième*~~ alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I , le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée.
Article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale modifié**
En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à l'article L. 162-17. Les entreprises	En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à l'article L. 162-17. Les entreprises

signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :	signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :
1° Le prix ou le prix de vente déclaré mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente ;	1° Le prix ~~ou le prix de vente déclaré~~ mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente ;
2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ;	2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ;
3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;	3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;
4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en œuvre des orientations ministérielles précitées ;	4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en œuvre des orientations ministérielles précitées ;
4° bis Les conditions et les modalités de mise en œuvre des études pharmaco-épidémiologiques et des études médico-économiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309 / 93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments.	4° bis Les conditions et les modalités de mise en œuvre des études pharmaco-épidémiologiques et des études médico-économiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309 / 93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments.
5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°.	5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°.
L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament.	L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament.
Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou	Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application de l'article L. 162-16-4. Lorsqu'un retrait de visa de publicité a été prononcé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L.

certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application de l'article L. 162-16-4. Lorsqu'un retrait de visa de publicité a été prononcé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet du retrait de visa de publicité durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait de visa. Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait de visa de publicité et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent. En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. La pénalité, prononcée au titre d'un retrait de visa de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.	5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet du retrait de visa de publicité durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait de visa. Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait de visa de publicité et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent. En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. La pénalité, prononcée au titre d'un retrait de visa de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale 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	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

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 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 I° 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.	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 ce 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 cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique.*~~ **Ce tarif est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues par le II de ce même article.** 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 I° 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.
Article L. 162-38 du code la sécurité sociale	**Article L. 162-38 du code de la sécurité sociale modifié**
Sans préjudice des dispositions relatives aux conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, peuvent fixer par décision les prix et les marges des produits et les prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité	Sans préjudice des dispositions relatives aux conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé ~~*ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1,*~~ peuvent fixer par décision les prix et les marges des produits et les prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. **Le comité institué par l'article L. 162-17-3 peut fixer, pour ce qui concerne les**

sociale. Cette fixation tient compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernés. Les dispositions du titre V du livre IV du code de commerce sont applicables aux infractions à ces décisions.	**produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1, le prix de cession maximal auquel peut être vendu le produit ou la prestation au distributeur en détail.** Cette fixation tient compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernés. Les dispositions du titre V du livre IV du code de commerce sont applicables aux infractions à ces décisions.
Article L. 165-2 du code de la sécurité sociale	**Article L. 165-2 du code de la sécurité sociale modifié**
Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique ou par description générique renforcée sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.	**I -** Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique ou par description générique renforcée sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les ~~*mêmes*~~ conditions ~~*que les conventions visées à l'article L. 162-17-4*~~ **prévues à l'article L. 165-3-3** ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. La fixation de ce tarif tient compte principalement ~~*du service rendu,*~~ de l'amélioration éventuelle **du service attendu ou rendu**, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés, **des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés** et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. **II – Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du comité économique des produits de santé, pour au moins l'un des motifs suivants :** **1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;** **2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicable au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;** **3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de**

La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient 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. 165-1 a été rendu public.	**gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;** **4° Les tarifs, les prix et les remises applicables aux produits et prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec le produit ou la prestation concernée ;** **5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs dans d'autres pays européens, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur ;** **6° Des volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;** **7° Des montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;** **8° Des conditions prévisibles et réelles d'utilisation des produits ou prestations.** **Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits ou prestations comparables.** **Les produits ou prestations comparables sont des produits ou prestations, ou une catégorie de produits ou prestations, ayant la même visée thérapeutique, présentant un mécanisme d'action similaire ou traitant des pathologies similaires ou comparables en termes notamment de gravité.** **III -** La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient 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. 165-1 a été rendu public. **IV – L'accord cadre mentionné à l'article L. 165-4-1 peut préciser les modalités de mise en œuvre des conventions mentionnées au I et au II.**
Article L. 165-3 du code de la sécurité sociale	**Article L. 165-3 du code de la sécurité sociale modifié**
Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut,	Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 ~~*dans les conditions prévues à l'article L. 162-38*~~. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

par décision du Comité économique des produits de santé. Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique ou par description générique renforcée, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.	Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique ou par description générique renforcée, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les ~~*mêmes*~~ conditions ~~*que les conventions*~~ visées à l'article ~~*L. 162-17-4*~~ **L. 165-3-3** ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. **Les prix mentionnés au premier alinéa sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues par le II de ce même article.**
Article L. 165-4 du code de la sécurité sociale	**Article L. 165-4 du code de la sécurité sociale modifié**
Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20. Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, ~~*la Caisse nationale du régime social des indépendants*~~ d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20. Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

ARTICLE 53 – Fixation du montant de la participation au titre de l'exercice 2017 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP et de l'ONIAM ; 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 2016 a fixé le montant de la dotation FMESPP 2016 à 307 M€.

Ce montant a toutefois été revu dans la partie rectificative de la présente loi pour tenir compte notamment des sommes prescrites au profit du fonds au titre de l'année 2016 et de la contribution d'autre fonds à son financement. Le montant du FMESPP 2016 a été fixé *in fine* à 62 M€.

b) S'agissant de la mobilisation des excédents du FEH et de l'ANFH (II et III de la mesure)

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 près de 166 M€ fin 2015. Ce fonds a dégagé un excédent annuel supérieur à 40 M€ en moyenne sur les cinq dernières années.

Créée en 1974, l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) est une association paritaire devenue organisme paritaire collecteur agréé de la fonction publique hospitalière en 2007. Elle assure la gestion et la mutualisation des fonds versés au titre de la formation continue par l'ensemble des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux publics adhérents. Ce fonds est financé par diverses contributions à la charge des employeurs hospitaliers. L'analyse de la situation financière de l'ANFH fait état d'une situation structurellement excédentaire : entre 1998 et 2014, les excédents cumulés ont représenté 438,7 M€ soit 4% des cotisations annuelles de la période. Les fonds propres de l'ANFH ont ainsi progressé de 100% entre 2005 (166 M€) et 2015 (364 M€) : ceux-ci sont composés de réserves constituées sur les exercices précédents (325,5 M€) et d'un fonds d'investissement qui n'a pas été ponctionné compte tenu de la capacité d'autofinancement dégagée sur chaque exercice (38,5 M€).

Dans un contexte budgétaire extrêmement contraint, le maintien de réserves d'un niveau conséquent au sein du FEH et de l'ANFH n'est pas opportun. Un transfert de 40 M€ a déjà été initié en 2016 du FEH au profit du FMESPP, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2016 (article 25). Il est également prévu, en partie rectificative de la présente loi, au profit du FMESPP au titre de l'année 2016, une majoration de 50 M€ du transfert depuis les réserves du FEH et un transfert complémentaire de 150 M€ depuis les réserves de l'ANFH.

c) S'agissant de 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).

d) S'agissant de la CNSA

L'article L. 1432-6 du code de la santé publique dispose que les contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au budget des ARS pour des actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, financées sur la recette de CSA affectée à la section 1 du budget de la caisse, sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a fixé à 117,2 M€ le montant de cette contribution pour l'exercice en cours. La présente mesure vise à fixer ce montant au titre de l'année 2017 à 129,6 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 assurance maladie pour l'année 2017 à hauteur de 44,4 M€. Les contributions de l'ANFH et du FEH prévues par la présente mesure portent les ressources du FMESPP à 264,4 M€ au titre de l'année 2017.

Ces financements au bénéfice du FMESPP pour l'année 2017 visent notamment à accompagner :

- Les opérations d'investissement des établissements de santé, à hauteur de 225 M€ ;

- Les actions d'accompagnement des établissements de santé dans le cadre de l'amélioration des pratiques, à hauteur de près de 2 M€.

b) Mesure proposée en ce qui concerne la mobilisation des réserves du FEH

La mesure vise à transférer 70 M€ des réserves du FEH au profit du FMESPP à titre exceptionnel pour 2017[1].

Au regard du niveau de réserves constaté fin 2015 (166 M€) et des excédents annuels moyens constatés au cours des cinq dernières années (plus de 40 M€), ce transfert complémentaire au titre de l'année 2017 est compatible avec le maintien d'un niveau de réserves supérieur au niveau du fonds de roulement prudentiel[2]. En effet, les dernières prévisions financières (à fin 2015) de la caisse des dépôts, en charge de la gestion du fonds, estiment à 256 M€ le niveau des réserves fin 2017. En prenant en compte le relèvement du transfert de 50 M€ au titre de 2016 (90 M€ au lieu de 40 M€) et le transfert de 70 M€ au titre de 2017, les réserves prévisionnelles à fin 2017 s'élèveraient à 136 M€.

c) Mesure proposée en ce qui concerne la mobilisation des réserves de l'ANFH

La mesure vise également à introduire au bénéfice du FMESPP une contribution exceptionnelle de 150 M€ à la charge de l'ANFH pour 2017.

Au regard du niveau de fonds propres constaté fin 2015 (214 M€ en prenant en compte le transfert au titre de l'année 2016), des excédents annuels moyens constatés au cours des derniers exercices (plus de 30 M€ en 2014 et 2015), et du besoin en fonds de roulement négatif de l'ANFH (les adhérents payant rapidement au regard des délais de mise en place des formations), ce transfert complémentaire au titre de l'année 2017 est compatible avec les besoins de l'équilibre financier de l'ANFH et n'obère pas sa capacité à mener à bien ses missions. L'ANFH disposerait ainsi au minimum de 64 M€ de fonds propres à l'issue du transfert au titre de l'année 2017, A ce montant, viendront s'ajouter les excédents à venir pour les exercices 2016 et 2017 : l'ANFH dégage en effet chaque année un excédent structurel (qui s'est élevé à 27 M€ en moyenne lors des quatre derniers exercices).

Le transfert de ces crédits viendra ainsi minorer d'autant la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au profit du FMESPP pour 2017. Ainsi, ce transfert viendra mécaniquement diminuer les efforts d'économies à faire porter sur les établissements de santé.

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

[2] Sur les derniers exercices, les charges d'exploitation du FEH s'élèvent en moyenne à 15 M€ par mois.

d) Mesure proposée en ce qui concerne l'ONIAM

Les dépenses pour 2017 afférentes aux missions relevant du périmètre de l'assurance maladie sont estimées à 131,8 M€ dont :

- 110,7 M€ au titre des indemnisations (dont dotations aux provisions);
- 7 M€ de dépenses de personnel ;
- 3,6 M€ de dépenses de fonctionnement ;
- 10,5 M€ de frais d'avocats et d'expertises.

Il est proposé une dotation d'Assurance Maladie pour 2017 de 107M€. Les autres produits de l'office (hors dotation de l'Etat) sont estimés pour 2017 à 28 M€ (14 M€ au titre des reprises sur provisions et 14 M€ au titre des ressources propres). Au sein du fonds de roulement à la clôture de l'exercice 2017, les réserves s'élèveraient à 20,4 M€.

e) Mesure proposée en ce qui concerne la CNSA

L'article L. 1432-6 du code de la santé publique dispose que les contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au budget des ARS pour des actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, financées sur la recette de CSA affectée à la section 1 du budget de la caisse, sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale. La présente mesure vise à fixer ce montant au titre de l'année 2017 à 129,6 M€ et se décline comme suit :

- 32,8 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans le cadre du plan Santé mentale en direction des personnes handicapées dont un relèvement de 2,8M€ correspondant à la création de 33 nouveaux GEM et à l'actualisation des 393 existants;
- 94,7 M€ au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA), soit un relèvement de 9,5M€ permettant le financement en année pleine des 338 MAIA existantes conformément au plan maladies neuro-dégénératives ;
- 1,0 M€ pour les aidants familiaux Alzheimer ;
- 0,3 M€ au titre des formations à l'utilisation des logiciels Aggir et Pathos ;
- 0,8 M€ pour les centres régionaux d'études, d'actions sociales et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité comme en 2016.

f) Autres options possibles

Le statu quo ne serait pas de nature à répondre aux problématiques évoquées ci-dessus.

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 -)				
	2016 (rectificatif)	2017 P ou R	2018	2019	2020
CNAMTS CNSA		- 44 pour le FMESPP - 107 pour l'ONIAM - 129,6			

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

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

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.

Le financement des GEM et des MAIA, dont le montant est fixé par la présente mesure, nécessitera :

- la publication d'une décision du directeur de la CNSA (date prévisionnelle : mars 2017) afin de déterminer la répartition des crédits entre les agences régionales de santé, conformément à ce que prévoient les alinéas 1 b et 2 b du I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles,
- la publication d'un arrêté fixant pour l'année 2017 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale. Cet arrêté précise la répartition de l'ensemble des ressources du fonds par ARS, comprenant à la fois les crédits issus de l'ONDAM FIR, les crédits Etat dédiés au FIR et les crédits notifiés par la CNSA au titre des GEM et des MAIA.

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.

La mesure relative à la contribution de la CNSA est suivie dans le cadre du programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS. Par ailleurs, les ARS fourniront toutes les données nécessaires au suivi de la mise en œuvre des actions de prise en charge et d'accompagnement en faveur des personnes âgées ou handicapées.

ARTICLE 57 - Evolution des missions de la MSA

I. Présentation de la mesure

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

Le versement de l'Allocation de solidarité aux personnes Agées (ASPA) est assuré par les régimes de base obligatoire d'assurance vieillesse pour leurs ressortissants. Pour les personnes qui ne relèvent d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse, il est effectué par la Caisse des dépôts et consignations (cf. article L. 815-7 du code de la sécurité sociale) au sein du Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA). Ce service est doté d'une personnalité civile et de l'autonomie financière sous la surveillance d'une commission dont la composition est fixée par l'article D. 815-9 CSS. Une convention d'objectifs et de gestion est signée entre la Caisse des dépôts, gestionnaire, et les ministères de tutelles chargés de la sécurité sociale et du budget (article D. 815-16 CSS).

Dans un souci de rationalisation de la gestion de cette prestation, il est proposé que la MSA reprenne la gestion aujourd'hui opérée par la Caisse des dépôts. Aujourd'hui, la MSA, en tant que régime de base obligatoire, assure déjà le service et la liquidation de l'ASPA pour les personnes qui relèvent des régimes agricoles Compte tenu de la structuration de son réseau, elle est en capacité d'accompagner les demandeurs sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, ce transfert est possible car elle dispose déjà de personnels compétents et formés et de systèmes d'information adaptés. La reprise de l'activité du SASPA pourra donc être réalisée sans moyens supplémentaires. Les moyens contractualisés accordés à la Mutualité sociale agricole (MSA) dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2016-2020 lui permettent en effet de reprendre des activités complémentaires dont la gestion du SASPA.

Le transfert nécessite la loi puisque la gestion du SASPA a été confiée à la CDC par l'article L. 815-7 du CSS.

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

a) Mesure proposée

La mesure confie à la MSA la gestion du SASPA aujourd'hui assurée par la Caisse des dépôts et consignations sur son site de Bordeaux.

b) Autres options possibles

Sans objet.

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

La mesure proposée modifie les règles relatives à la gestion des risques par les régimes obligatoires de base ainsi que les règles d'organisation ou de gestion interne de ces régimes et des organismes concourant à leur financement et affecte, à travers les économies pérennes qu'elle assure (cf. infra) les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Elle a donc sa place en LFSS en application du 3° 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 sont 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 sont 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.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Sont modifiés l'article L. 815-7 et L. 815-8 du CSS .

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le transfert de l'activité à la MSA s'opérant dans le cadre des moyens déjà négociés globalement à la MSA dans la nouvelle COG, les 9,5M€ de dépenses annuelles de fonctionnement du SASPA seraient économisés.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Transfert SASPA à la MSA			+9,5	+9,5	+9,5

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

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***Sans objet impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Le transfert en gestion devra être transparent pour eux, avec une information adéquate si nécessaire.

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

L'année 2017 sera consacrée à l'organisation du transfert d'activité entre la CDC et la MSA, avec l'adaptation des SI nécessaire à la prise en charge de nouveaux bénéficiaires.

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

L'impact sera positif pour la MSA dont l'activité connait une baisse quasi continue. L'établissement de Bordeaux de la CDC, qui gère également la CNRACL, devra prévoir le redéploiement de 76 ETP de catégories B et C vers ses autres activités et sera aidé dans la transition par une pyramide des âges facilitatrice compte-tenu de départs en retraite relativement importants anticipés sur la période. Le dialogue de gestion entre l'Etat et la CDC intègrera les impacts de cette opération afin d'en faciliter la mise en œuvre.

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.

L'article D. 815-16 du CSS qui prévoit la conclusion d'une convention de gestion entre la CDC et l'Etat pour le SASPA devra être mis en cohérence avec le choix de la MSA. L'article D. 815-8 du CSS qui confie la personnalité morale au service gestionnaire du SASPA et prévoit ses conditions de représentations en justice par le directeur général de la CDC devra être modifié. L'article D. 815-9 du CSS prévoyant la composition de la commission de consultation du SASPA prévue à l'article L. 815-7 du CSS devra être revu.

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

Application au 1er janvier 2018 pour le transfert du SASPA à la MSA

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information à travers la mise à jour du site internet du SASPA ainsi que par courrier papier et messagerie électronique en direction des bénéficiaires actuels serait la modalité privilégiée.

d) Suivi de la mise en œuvre

La préparation du transfert et sa mise en œuvre effective pourront être suivies au travers du suivi régulier de la COG par les tutelles, notamment lors des réunions de bilans annuelles, et par le dialogue de gestion habituel.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 815-7 actuel du code de sécurité sociale	**Article L. 815-7 modifié du code de la sécurité sociale**
L'allocation de solidarité aux personnes âgées est liquidée et servie par les organismes ou services débiteurs d'un avantage de vieillesse de base résultant de dispositions législatives ou réglementaires après une information spécifique par ces organismes auprès des intéressés et demande expresse de ces derniers. Pour les personnes qui ne relèvent d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse, l'organisme compétent est le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées géré par la Caisse des dépôts et consignations sous la surveillance d'une commission dont la composition est fixée par décret. Les conditions d'organisation du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont fixées par décret.	L'allocation de solidarité aux personnes âgées est liquidée et servie par les organismes ou services débiteurs d'un avantage de vieillesse de base résultant de dispositions législatives ou réglementaires après une information spécifique par ces organismes auprès des intéressés et demande expresse de ces derniers. Pour les personnes qui ne relèvent d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse, l'organisme compétent est le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées géré par la par la ~~*Caisse des dépôts et consignations*~~ **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole** sous la surveillance d'une commission dont la composition est fixée par décret. Les conditions d'organisation du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont fixées par décret.
Article L. 815-8 actuel du code de sécurité sociale	**Article L. 815-8 modifié du code de la sécurité sociale**
La commission du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-7 statue sur les demandes de subventions, aides individuelles et secours instruites par la Caisse des dépôts et consignations. Les décisions d'attribution de subvention ne sont exécutoires qu'en l'absence d'opposition formée, dans les conditions fixées par décret, par l'autorité compétente de l'Etat. Les dépenses entraînées par l'action sociale prévue au présent article sont remboursées au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées par le fonds institué par l'article L. 135-1.	La commission du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-7 statue sur les demandes de subventions, aides individuelles et secours instruites par la ~~*Caisse des dépôts et consignations*~~ **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole**. Les décisions d'attribution de subvention ne sont exécutoires qu'en l'absence d'opposition formée, dans les conditions fixées par décret, par l'autorité compétente de l'Etat. Les dépenses entraînées par l'action sociale prévue au présent article sont remboursées au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées par le fonds institué par l'article L. 135-1.

ARTICLE 58 – Pénalité pour les tiers responsables et recouvrement sur actif successoral

I. Présentation de la mesure

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

a) introduction d'une pénalité pour les tiers responsables en cas de manquement à leur obligation d'information

Lorsqu'une personne subit des dommages corporels dont la responsabilité incombe à un tiers, la sécurité sociale lui verse immédiatement des prestations (prise en charge des frais de soins ou d'hospitalisation, versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail…). Elle indemnise donc l'assuré à la place du tiers responsable, ce dernier ne se trouvant pas pour autant dégagé de son obligation de réparer le dommage causé à la victime au nom du principe de la responsabilité civile posé par le Code civil.

Les organismes de sécurité sociale peuvent ainsi solliciter auprès du tiers responsable ou de son assureur le remboursement des sommes qu'ils ont versées à la victime au titre du dommage subi. L'assureur et le tiers responsable sont tenus de signaler l'accident à la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la victime, ainsi que d'informer la caisse d'un règlement amiable intervenu le cas échéant avec la victime.

Les articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale prévoient que les tiers responsables comme leurs assureurs sont tenus de signaler l'accident aux organismes de sécurité sociale. Les articles L. 376-4 et L. 454-2 du code de la sécurité sociale prévoient que les assureurs ne peuvent opposer aux organismes la prescription de leurs créances et une pénalité fixée selon le montant des indemnités dues aux caisses peut leur être appliquée. Ces articles sont limités aux assureurs.

Or, le tiers responsable peut indemniser directement les victimes, en particulier dans le cadre de dommages causés par des biens produits par des entreprises. Dans la majorité des cas, les entreprises de production ou de fourniture de ces produits indemnisent les victimes sans informer les organismes d'assurance maladie.

Ce manquement des tiers responsables à leur obligation d'information entraîne non seulement une sous-estimation par les caisses d'assurance maladie des dossiers susceptibles de conduire à des recours contre tiers, ce qui crée une perte financière, mais expose également leurs actions judiciaires à un risque de forclusion.

Cette pénalité n'étant pas applicable aux tiers responsables en cas de non respect de leur obligation d'information, une mesure législative est nécessaire pour étendre le champ d'application de cette pénalité.

b) amélioration des modalités de recouvrement des prestations sur les successions

Un certain nombre d'allocations versées (l'allocation supplémentaire, l'allocation de solidarité aux personnes âgées – ASPA – et l'allocation supplémentaire d'invalidité – ASI) sont récupérables dans certaines situations sur la succession des allocataires.

L'actif net successoral doit au moins être égal à 39 000 €. La récupération est alors opérée sur la fraction de l'actif qui excède ce seuil.

Toutefois, si l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale institue un droit de communication, nonobstant le secret professionnel, aux agents des organismes de sécurité sociale chargés du contrôle, sa finalité ne vise que le contrôle de la sincérité et de l'exactitude des déclarations souscrites ou le recouvrement des prestations indûment versées à des tiers. Cette absence de cadre juridique peut entraîner des difficultés de récupération des informations nécessaires au recouvrement, par exemple le montant de l'actif successoral établi par les notaires.

Par ailleurs le recouvrement sur successions n'est pas aligné sur celui des prestations indument versées. Pour ces dernières, et sur la base des dispositions de l'article L. 161-1-5, les organismes de sécurité sociale disposent de modalités de recouvrement spécifiques très encadrées qui leur permettent, sans préjudice du respect du contradictoire de délivrer une contrainte afin d'engager des mesures exécution.

L'absence de procédure harmonisée conduit les organismes de sécurité sociale à mettre en œuvre dans ces cas de figure une procédure de recouvrement de droit commun pour obtenir devant un juge un titre exécutoire (en pratique ce titre est quasiment systématiquement délivré dès lors que la créance est récupérable). Cette différence avec d'autres situations pour lesquelles le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte pour engager les mesures d'exécution (prestations indues) n'apparait pas efficiente. En effet la procédure de droit commun emporte les mêmes conséquences que la procédure de recouvrement des indus de prestations mais elle est plus longue et plus onéreuse et les frais sont *in fine* rajoutés à la dette du débiteur. Harmoniser les modalités de recouvrement de l'ensemble des créances y compris les créances de prestations recouvrables sur la succession permettrait de réduire les coûts de gestion et les délais et de ne pas encombrer les tribunaux.

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

a) introduction d'une pénalité pour les tiers responsables en cas de manquement à leur obligation d'information

- ***Mesure proposée***

La mesure proposée consiste à étendre aux tiers responsables le régime de pénalité actuellement applicable aux assureurs en cas de manquement à l'obligation d'information prévue aux articles L.376-4 et L.454-2 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, si le tiers responsable ne signale pas l'accident à la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la victime ou s'il n'informe pas la caisse d'un règlement amiable intervenu avec la victime, il doit verser à la caisse une pénalité dont le montant est fixé sur la base des sommes obtenues par la caisse au titre du recours subrogatoire, dans les limites suivantes :

- pour les sommes inférieures à 10 000 €, le montant de la pénalité est fixé à 50% des sommes obtenues dans la limite de 4 000 € maximum ;
- pour les sommes comprises entre 10 000 € et 50 000 €, le montant de la pénalité est fixé à 40% des sommes obtenues dans la limite de 15 000 € ;
- pour les sommes comprises entre 50 000 € et 100 000 €, le montant de la pénalité est fixé à 30% des sommes obtenues dans la limite de 20 000 € ;
- pour les sommes égales ou supérieures à 100 000 €, ce montant est fixé à 20% des sommes obtenues.

Le montant de la pénalité pourra toutefois être porté à 50% des sommes versées si le directeur de l'organisme a déjà prononcé une pénalité à l'encontre de la même entité dans les trois précédentes années. La pénalité sera limitée à 30 000 € si le tiers responsable redevable de la pénalité est un particulier.

En effet, une grande partie des dossiers sériels ou collectifs concernant des produits défectueux sont gérés directement par les entreprises incriminées et non par leur assureur.

Dès lors, les possibilités de récupération de sommes supplémentaires par l'assurance maladie apparaissent non négligeables. En effet, en raison du régime de responsabilité applicable, à savoir une responsabilité de plein droit, les recours contre tiers menés par les caisses dans ces dossiers permettent, sauf cas particulier, de recouvrer l'intégralité des sommes versées au titre des dépenses de santé engagées pour le dommage causé par un produit défectueux à un assuré.

L'institution d'une pénalité aura un effet incitatif concret sur le respect de l'obligation d'information qui incombe aux tiers responsables. En effet, il a bien été constaté que la pénalité créée pour les assureurs dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a incité certains assureurs à signaler des sinistres aux caisses et à les informer du règlement amiable intervenu avec la victime.

- ***Autres options possibles***

Un scénario consistant à limiter la pénalité aux tiers responsables personnes morales a été écarté au profit d'une mesure générale. En effet, bien que les personnes morales soient réputées plus solvables qu'une personne physique, on ne peut écarter l'application d'une pénalité à une personne physique qui aurait transigé avec les victimes sans informer ni son assureur, ni l'organisme de sécurité sociale, le privant ainsi de la possibilité de récupérer les prestations versées. Il a néanmoins été décidé de plafonner la pénalité à l'égard des particuliers, afin que la mesure soit proportionnée au regard des capacités financières d'un particulier.

b) amélioration des modalités de recouvrement des prestations sur les successions

- ***Mesure proposée***

Afin d'identifier les situations où les prestations sont recouvrables et éviter d'engager des procédures infructueuses, il est proposé d'élargir les finalités du droit de communication aux prestations récupérables sur la succession.

Il est enfin proposé d'alléger la procédure liée à la délivrance d'un titre exécutoire pour le recouvrement des prestations sur la succession en harmonisant les procédures de recouvrement. Les créances de prestations récupérables seraient recouvrées dans les mêmes conditions que les indus de prestations.

- ***Autres options possibles***

Aucune

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

La mesure relève de la compétence de la loi de financement de la sécurité sociale conformément aux dispositions des 1° et 2° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, dans la mesure où elle accroîtra les recettes des régimes obligatoires de base. Le premier volet de la mesure, d'une part, permettra de renforcer l'effectivité de l'obligation de déclaration des tiers responsables, et ainsi le nombre de cas ou l'assurance maladie pourra recouvrer des créances sur prestations. Le second volet, en renforçant le droit de communication, procède de la même logique d'augmentation de la mise en recouvrement de créances. Pour ce qui est de la délivrance d'un titre exécutoire, d'autre part, elle allègera la gestion et donc le coût pour les organismes des recouvrements de créances sur les successions au titre des prestations récupérables, en évitant de mettre en œuvre de coûteuses procédures judiciaires.

II. Consultations 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 sont 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 sont 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.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 114-19, L. 161-1-5, L. 376-4 et L. 454-2 du code de la sécurité sociale sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Mesure directement applicable*
Mayotte	*Mesure applicable par renvoi*
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélémy	*Mesure directement 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

Volet 1 « tiers responsables »

La CNAMTS estime que à les pénalités qui auraient pu être appliquées aux tiers responsables s'agissant d'accidents sériels récents de grande ampleur se seraient élevés à 9 M€, dont 4 à 5 M€ au titre de l'année 2015.

Ce montant représente 0,5% du rendement des recours contre tiers recensés par la CNAMTS en 2015 (927 M€ dont 256 M€ pour les AT-MP).

Volet 2 « récupérations sur successions »

Le montant des créances prescrites pour non- connaissance du montant de l'actif successoral est évalué à 25 M€. Dans la mesure où ces créances ne sont récupérables qu'au-delà d'un actif net supérieur à 39 000 €, il est estimé que la l'élargissement du droit de communication aux créances de prestations récupérables permettrait d'améliorer le montant de récupération de 10 M€.

S'agissant de l'harmonisation de la procédure de recouvrement des créances de prestations récupérables, le gain financier est principalement attendu sur des économies de gestion où les organismes locaux n'auront plus la nécessité de faire appel à des cabinets privés pour diligenter une procédure appliquée de façon très hétérogène sur le territoire. Le gain lié à l'harmonisation du recouvrement des créances est estimée à 500 000 €.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
Volet recours contre tiers		+5	+5	+5	+5
Volet recouvrement sur successions		+10	+10	+10	+10
TOTAL		+15	+15	+15	+15

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

a) impacts économiques

La mesure assure un juste fonctionnement économique en évitant que les tiers responsables, en particulier les entreprises responsables de dommages collectifs ou sériels, ne soient déchargés de certains coûts, pris en charge immédiate par la sécurité sociale, dont ils sont à l'origine.

b) impacts sociaux

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Cette mesure aurait un impact mesuré sur les tiers responsables indemnisant directement les victimes des dommages dont ils sont responsables : leurs obligations demeurent les mêmes, mais ceux-ci seront davantage enclins à les respecter au regard du risque financier lié à leur manquement.

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 allègera les charges des organismes, notamment dans le cadre des actions de recouvrement sur successions.

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 est nécessaire pour l'application de cette mesure : les articles R. 376-4, R. 376-5, R. 454-4 et R. 454-5 du code de la sécurité sociale devront être modifiées en conséquence.

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. 376-4 du code de la sécurité sociale	Article L. 376-4 modifié du code de la sécurité sociale
La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur. L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L. 376-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu. Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L. 376-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre. La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.	La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur. L'assureur **ou le tiers responsable** ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa ne peut **peuvent** opposer à la caisse la prescription de sa créance. Ils verse**nt** à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L. 376-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu. Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable **ou au tiers responsable** lorsqu'ils ne respectent pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L. 376-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre. La pénalité appliquée au tiers responsable ne peut excéder 30 000 euros lorsqu'il s'agit d'un particulier. La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 454-2 du code de la sécurité sociale	**Article L. 454-2 modifié du code de la sécurité sociale**
La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur. L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa du présent article ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre des recours subrogatoires prévus aux articles L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-1-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.	La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur. L'assureur **ou le tiers responsable** ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa du présent article ne peut **peuvent** opposer à la caisse la prescription de sa créance. Ils verse**nt** à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre des recours subrogatoires prévus aux articles L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-1-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu. Le deuxième alinéa du présent article est également

Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre. La contestation de la décision de la caisse d'assurance maladie relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.	applicable à l'assureur du tiers responsable **ou au tiers responsable** lorsqu'il**s** ne respecte**nt** pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre. La pénalité appliquée au tiers responsable ne peut excéder 30 000 euros lorsqu'il s'agit d'un particulier. La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Article L. 114-19 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 114-19 nouveau 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 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 ; 2° Aux agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime pour accomplir leurs missions de contrôle définies aux mêmes articles et leur mission de lutte contre le travail dissimulé définie à l'article L. 324-12 du code du travail (1) ; 3° Aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale pour recouvrer les prestations versées indûment à des tiers. Le droit prévu au premier alinéa peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Le droit prévu au premier alinéa s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s'accompagner de la prise immédiate d'extraits et de copies. Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande. Le refus de déférer à une demande relevant du présent article est puni d'une amende de 1 500 € par cotisant,	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 ; 2° Aux agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime pour accomplir leurs missions de contrôle définies aux mêmes articles et leur mission de lutte contre le travail dissimulé définie à l'article L. 324-12 du code du travail (1) ; 3° Aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale pour recouvrer les prestations versées indûment à des tiers **ou des prestations recouvrables sur la succession**. Le droit prévu au premier alinéa peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Le droit prévu au premier alinéa s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s'accompagner de la prise immédiate d'extraits et de copies. Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande. Le refus de déférer à une demande relevant du présent article est puni d'une amende de 1 500 € par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de

assuré ou allocataire concerné, sans que le total de l'amende puisse être supérieur à 10 000 €. Ce délit peut faire l'objet de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale prévue aux articles 495 à 495-6 du code de procédure pénale.	l'amende puisse être supérieur à 10 000 €. Ce délit peut faire l'objet de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale prévue aux articles 495 à 495-6 du code de procédure pénale.
Article L. 161-1-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 161-1-5 nouveau du code de la sécurité sociale**
Pour le recouvrement d'une prestation indûment versée et sans préjudice des articles L. 133-4 du présent code et L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le directeur d'un organisme de sécurité sociale peut, dans les délais et selon les conditions fixés par voie réglementaire, délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant la juridiction compétente, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.	Pour le recouvrement d'une prestation indûment versée **ou d'une prestation recouvrable sur la succession** et sans préjudice des articles L. 133-4 du présent code et L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le directeur d'un organisme de sécurité sociale peut, dans les délais et selon les conditions fixés par voie réglementaire, délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant la juridiction compétente, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

ARTICLE 59 - Elargissement du périmètre des échanges d'informations

I. Présentation de la mesure

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

Dans ses deux volets, la mesure vise à élargir le périmètre des échanges de données entre organismes et partenaires de la sphère sociale.

En premier lieu, elle intègre de nouveaux partenaires pour l'alimentation et/ou la consultation du Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) défini à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale :

- la Caisse des français de l'étranger (CFE) n'est pas un régime obligatoire. Toutefois, elle dispense le même type de prestations que celles que les régimes obligatoires dispensent pour les assurés résidant sur le territoire. L'intégration des données qu'elle détient dans le RNCPS permettrait d'une part d'éviter les doubles rattachements et, d'autre part, de garantir la continuité des droits en cas de changement de situation.

- les EPCI et les métropoles ne sont pas mentionnés dans le texte actuel. Il s'agit d'intégrer ces personnes publiques dans le champ des entités autorisées à consulter le RNCPS pour les mêmes finalités que les collectivités locales déjà citées, puisqu'elles peuvent exercer les compétences qui justifient cet accès aux données.

Afin de simplifier les démarches des usagers pouvant bénéficier de tarifs sociaux en évitant de demander le justificatif de la prestation ouvrant droit à ces tarifs, il est proposé d'autoriser le syndicat des transports d'Ile-de-France (STIF) et les fournisseurs d'énergie (EDF, GDF, etc.) à consulter les données du RNCPS qui leur sont nécessaires pour octroyer le bénéfice de ces tarifs pratiqués sous conditions. Cette consultation permettra également de renforcer les contrôles. A titre d'exemple, le STIF, en application de l'article L. 113-1 du code des transports, offre la gratuité des transports aux les usagers ayant des ressources inférieures ou égales au plafond fixé en application de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. Le STIF bénéficie déjà d'un accès au service CAFPRO de la CNAF pour l'instruction des dossiers des bénéficiaires du RSA mais doit demander les justificatifs pour les bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME ou de l'allocation spécifique de solidarité. Il est proposé d'ouvrir la consultation du RNCPS aux entreprises appliquant ces tarifs sociaux.

En second lieu, elle organise des échanges entre les organismes en charge du recouvrement et l'AGRASC.

Dans le cadre de ses missions, l'AGRASC veille à l'information préalable des créanciers publics, dont les créanciers sociaux, avant exécution de toute décision judiciaire de restitution (article 706-161 alinéa 4 du CPP) : quand des biens qu'elle gère doivent être restitués à une personne sur décision judiciaire, l'agence peut ainsi prendre l'initiative d'informer les créanciers publics afin de permettre la mise en œuvre des voies d'exécution pour paiement sur ces biens avant restitution.

Le 21 juillet 2011, l'agence a signé un protocole avec tous les partenaires concernés afin de prévoir les modalités pratiques de cet échange d'informations. La convention prévoit notamment que les créanciers doivent présenter un titre exécutoire (contrainte définitive, décision de justice définitive) sous quinzaine auprès de l'AGRASC pour être désintéressés.

En pratique, l'agence fait cependant le constat que très peu de demandes de paiement sont présentées par les créanciers sociaux suite à information de restitution (en 2015, environ 5 versements sur les 520 effectués auprès des créanciers publics).

Le plus souvent, ce constat résulte de la difficulté à obtenir un titre exécutoire, condition préalable à tout paiement, dans le délai de quinze jours, quand bien même une mise en demeure aurait déjà été notifiée au débiteur.

Cependant, étant face à une décision définitive de restitution, l'AGRASC doit restituer les biens saisis dans les plus brefs délais et ne peut donc différer la restitution de plusieurs semaines.

Enfin, dans l'exercice de ses compétences, l'agence peut obtenir le concours ainsi que toutes informations utiles auprès de toute personne physique ou morale, publique ou privée, sans que le secret professionnel lui soit opposable, sous réserve des dispositions de l'article 66-5 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 portant réforme de certaines professions judiciaires et juridiques (article 706-160 du CPP).

Actuellement l'inverse ne vaut pas au bénéfice des créanciers sociaux.

Il s'agit donc de permettre les échanges d'informations entre l'AGRASC et les créanciers sociaux afin d'améliorer le recouvrement des créances sociales.

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

a) Mesure proposée

Il s'agit d'intégrer à la liste des utilisateurs actuels du RNCPS :

- la Caisse des Français de l'étranger (CFE) pour l'alimentation et la consultation du répertoire ;
- les EPCI et les métropoles en extension des accès en consultation des collectivités locales ;
- en consultation également, les organismes qui pratiquent des tarifs sociaux (STIF, EDF, …) en lien avec les prestations versées par les organismes de sécurité sociale qui ouvrent droit à ces tarifs.

Il est également proposé de permettre aux organismes de protection sociale d'avoir communication d'informations de l'AGRASC utile à l'accomplissement de leur mission de recouvrement des créances sociales.

En l'état actuel du droit, lorsque l'AGRASC se voit confier la gestion d'une importante somme d'argent les organismes n'en ont pas nécessairement connaissance. Cette information n'est en effet portée à leur connaissance qu'en cas d'information de restitution. Comme indiqué précédemment, ce point n'est pas sans poser des difficultés aux créanciers sociaux pour être désintéressés.

La mesure proposée permettra un échange d'informations étendu plus précoce mettant les créanciers sociaux en capacité de déclencher plus en amont les opérations de recouvrement, de mieux identifier leurs créances et d'en optimiser le recouvrement.

Elle offrira aussi la possibilité à l'AGRASC et aux créanciers sociaux d'échanger lorsque l'agence exécute des restitutions de sommes importantes, qui parfois saisies en espèces, ont peut–être échappé aux prélèvements sociaux obligatoires.

La mesure se borne à faciliter les échanges d'informations entre l'AGRASC et les créanciers sociaux.

Elle n'a pas pour effet de faire obstacle à l'application des dispositions législatives ou réglementaires instituant une procédure contradictoire en cas de redressement de l'assiette de cotisations ou de notification d'indus. La mesure n'a pas non plus pour effet d'instituer une présomption de culpabilité ou d'empêcher l'intéressé de saisir le juge compétent d'une opposition au recouvrement.

La mesure ne permet à elle seule qu'une simple circulation plus aisée d'informations qui entraîneront éventuellement, dans un second temps, la mise en œuvre de procédures de recouvrement. Ce sont d'ailleurs ces procédures qui peuvent être concernées par le respect des droits de la défense et la présomption d'innocence.

La disposition propose également de procéder à un ajustement rédactionnel de l'actuel article L.114-16 du code de la sécurité sociale afin que cet article miroir à l'article L.101 alinéa 1er du livre de procédures fiscales soit rédigé dans les mêmes termes.

b) Autres options possibles

La mise en place d'échanges de données bilatéraux récurrents, à un rythme régulier, serait beaucoup plus coûteuse car plus complexe techniquement. Elle nécessiterait un encadrement juridique spécifique, aux niveaux législatif et règlementaire, et des formalités adaptées à accomplir au cas par cas auprès de la CNIL.

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

Elle élargit le périmètre des échanges entre les organismes de sécurité sociale et leurs partenaires. Ce faisant elle permet d'accroître l'efficience du service des prestations aux bénéficiaires et dans le cas spécifique des échanges avec l'AGRASC de contribuer à l'amélioration du recouvrement des créances sociales.

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

Le comité de pilotage RNCPS a validé l'extension du dispositif lors de sa séance du 4 août 2016.

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 sont 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 sont 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.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Modification des articles L. 114-12-1 et L. 114-16 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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'AGRASC a restitué 31 M€ à 1 797 entreprises en 2015. Le gain financier pour les organismes sociaux est certain mais dépendra du nombre de personnes en situation d'irrégularité (fraude ou pas) génératrice d'une créance à recouvrer pour lesquelles l'AGRASC dispose d'informations utiles.

En 2015, le seul réseau des URSSAF a été destinataire de 307 informations de restitution. Sur ces dossiers, 14 employeurs étaient débiteurs pour un montant de 314 000 € soit 22 000 € en moyenne. Aucune de ces créances n'a pu faire l'objet d'un titre exécutoire dans le délai de 15 jours. En outre, les créances constatées concernent majoritairement des dettes personnelles de cotisations sociales en qualité de travailleurs indépendants relevant du RSI.

Ainsi, pour tous les organismes sociaux, sur une base de 400 restitutions annuelles faites par l'AGRASC, il est possible de considérer que 10 % d'en elles sont des personnes débitrices sociales pour 22 000 € en moyenne. Les créances sociales récupérables par ce biais représenteraient 40 débiteurs pour 880 000 €.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
		1	1	1	1

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Amélioration de l'accès aux aides sociales et tarifs sociaux pour les potentiels bénéficiaires.

- ***impact sur l'égalité entre les hommes et les femmes***

Sans objet

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet

- ***impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Amélioration de l'accès aux aides sociales et tarifs sociaux pour les potentiels bénéficiaires et simplification, car ils n'auront plus à fournir autant de justificatifs.

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

A terme, des économies dans le fonctionnement des organismes et services visés par la simplification de la gestion des dossiers grâce à l'accès facilité aux informations nécessaires.

La mesure proposée vise notamment à renforcer les échanges d'informations entre l'AGRASC et les caisses de sécurité sociale pour faciliter et améliorer le recouvrement de leurs créances. Cette mesure n'entraîne pas une évolution des métiers des agents (notamment ceux en charge du contentieux et du recouvrement) et n'a pas d'impact particulier sur les systèmes d'informations.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Modification à prévoir par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la CNIL des articles règlementaires relatifs au RNCPS (articles R. 114-25 et R. 114-29 du code de la sécurité sociale en particulier).

Délai prévisionnel : pour le second semestre 2017

Consultations : Conseil d'administration de la CNAVTS (opérateur du RNCPS), CNIL, Conseil d'Etat.

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

L'extension du RNCPS aux nouveaux utilisateurs est envisagée pour la fin 2017.

La disposition relative aux échanges d'information avec l'AGRACS sera mise en œuvre à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Modalités d'informations prévues par les textes relatifs au RNCPS (article R. 114-32 du code de la sécurité sociale, vraisemblablement à modifier).

A l'instar de ce qui est prévu pour les informations de restitution un protocole pourra être conclu entre l'AGRASC et tous les partenaires concernés afin de prévoir les modalités pratiques de l'échange d'informations pour une pleine efficacité du dispositif.

Le suivi de la mise en œuvre de la meure pourra également être assuré à l'occasion d'une réunion annuelle associant l'AGRASC et les créanciers sociaux.

d) Suivi de la mise en œuvre

Suivi par la Direction de la Sécurité Sociale, au sein de laquelle cette mission est confiée à un chef de projet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 114-12-1 **du code de la sécurité sociale**	**Article L. 114-12-1 modifié** **du code de la sécurité sociale**
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 **à la Caisse des Français de l'Etranger ainsi qu'à Pôle Emploi**, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.
Ce répertoire est utilisé par ces organismes, notamment pour les échanges mentionnés à l'article L. 114-12 du présent code et pour ceux prévus, en application du présent code, avec les administrations fiscales. Les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et données échangées sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au répertoire défini au premier alinéa. Ont également accès aux données de ce répertoire : 1° Les organismes de la branche recouvrement du régime général, et le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale dans le cadre de l'exercice de leurs missions ; 2° Les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale mentionnés aux articles L. 123-4 à L. 123-9 du code de l'action sociale et des familles ; 3° L'organisme chargé de la gestion du système d'information du compte personnel de formation mentionné au III de l'article L. 6323-8 du code du travail, dans le cadre de la gestion de ce compte ; 4° Les institutions mentionnées à l'article L. 3253-14 du code du travail.	Ce répertoire est utilisé par ces organismes, notamment pour les échanges mentionnés à l'article L. 114-12 du présent code et pour ceux prévus, en application du présent code, avec les administrations fiscales. Les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et données échangées sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au répertoire défini au premier alinéa. Ont également accès aux données de ce répertoire : 1° Les organismes de la branche recouvrement du régime général, et le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale dans le cadre de l'exercice de leurs missions ; 2° Les collectivités territoriales **et leurs groupements, ainsi que les métropoles,** pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale mentionnés aux articles L. 123-4 à L. 123-9 du code de l'action sociale et des familles ; 3° L'organisme chargé de la gestion du système d'information du compte personnel de formation mentionné au III de l'article L. 6323-8 du code du travail, dans le cadre de la gestion de ce compte ; 4° Les institutions mentionnées à l'article L. 3253-14 du code du travail ; **5° Les entreprises qui fournissent des services faisant l'objet d'une tarification définie par la loi sur la base de critère sociaux, s'agissant des données strictement nécessaires à la mise en œuvre de ces tarifs ;**
Le répertoire contient les données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur	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 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. Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est l'identifiant utilisé. Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire mentionné à l'avant-dernier alinéa.	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 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. Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est l'identifiant utilisé. Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire mentionné à l'avant-dernier alinéa.
Article L.114-16 actuel **du code de la sécurité sociale**	**Article L.114-16 modifié** **du code de la sécurité sociale**
L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu.	L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle ~~*peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu.*~~ **recueille, à l'occasion de toute procédure judiciaire, de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales.** **L'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués peut communiquer aux organismes de protection sociale toute information utile à l'accomplissement de leur mission de recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations versées indûment.**

ARTICLE 60 – Mesures visant à limiter les indus pour l'assurance maladie

I. Présentation de la mesure

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

a) L'article L. 4126-6 du code de la santé publique précise que l'autorité judiciaire avise obligatoirement et sans délai le conseil national de l'ordre de toute condamnation pénale devenue définitive d'un médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme (par renvoi, cette disposition s'applique également à la profession d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute ou de pédicure-podologue (cf. articles L. 4312-9, L. 4321-19 et L. 4322-12 du code de la santé publique). En revanche, aucun texte ne prévoit l'information des organismes d'assurance maladie.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude, les caisses d'assurance maladie procèdent à des contrôles de la régularité des activités des professionnels de santé. Par conséquent, elles vérifient si le professionnel de santé dispose de toutes les autorisations pour exercer ses fonctions. Or, en l'absence d'un contrôle ciblé, cette vérification des conditions d'exercice ne peut pas être réalisée.

L'absence d'information empêche l'assurance maladie de vérifier si un offreur de soins ou de prestations respecte une interdiction prononcée par une autorité judiciaire d'exercer sa profession. Elle ne peut de fait suspendre, le cas échéant, la prise en charge de ses actes et prestations durant la période d'interdiction exécutoire.

De même, les décisions définitives d'interdiction d'exercer une profession de santé prononcées par les autorités ordinales (section disciplinaire) ne sont pas systématiquement portées à la connaissance des caisses d'assurance maladie lorsqu'elles ne sont pas parties au contentieux.

b) Des indus peuvent également résulter de l'omission, par l'employeur, d'informer la caisse d'assurance maladie de la reprise anticipée de travail par son salarié, lorsque cette dernière verse à l'employeur, par subrogation, les indemnités journalières (ce qui est le cas lorsque la convention collective prévoit un maintien du salaire pendant l'arrêt de travail). Or, sur accord de son médecin traitant et de la médecine du travail, l'assuré peut être amené à reprendre son travail avant la fin de l'arrêt de travail initialement prescrit. Aucun texte n'impose à l'employeur concerné, alors même qu'il bénéficie par subrogation des indemnités journalières, d'informer la caisse d'affiliation de son salarié de la reprise anticipée de travail du salarié afin d'interrompre le versement indu des indemnités journalières à l'entreprise.

Cette situation génère donc des situations de fraude difficilement décelables par les caisses. Les préjudices en résultant peuvent atteindre un montant conséquent.

Pour permettre aux caisses de recouvrer des indus et de prononcer des sanctions en cas de non respect des obligations mentionnées à l'article L. 323-6 du CSS, il est donc nécessaire de préciser la procédure applicable.

Par ailleurs, il convient à cette occasion de toiletter le texte au regard des évolutions législatives résultant des LFSS pour 2011 et 2016.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à reprendre les obligations d'information prévues dans le code de la santé publique (art. L. 4126-6) au bénéfice des ordres professionnels afin de les rendre applicables au bénéfice de l'assurance maladie.

Les ordres professionnels ou, à défaut, lorsque le professionnel concerné ne relève pas d'un ordre, la juridiction concernée, seront tenues d'en informer sans délai l'assurance maladie.

La mesure vise également à instaurer une obligation d'information de l'assurance maladie par l'employeur de la reprise anticipée au travail de son salarié en arrêt de travail indemnisé, lorsque la caisse lui verse, par subrogation, les indemnités journalières. La mesure prévoit également un dispositif de sanction et de recouvrement auprès de l'employeur des indus versés en cas de reprise anticipé d'activité du salarié concerné.

Le dispositif procède enfin à des ajustements rédactionnels.

b) Autres options possibles

Aucune.

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, en accroissant le recouvrement des

prestations indûment versées, 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 s'appliquant spécifiquement à ce sujet. La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Création d'un alinéa complémentaire à l'article L. 114-16 du code de la sécurité sociale à l'instar des dispositions de l'article L. 4126-6 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 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

a) Professionnels de santé

Le fait de méconnaître une interdiction d'exercer prononcée par une juridiction à l'encontre d'un professionnel entraîne le financement par l'assurance maladie de toute prestation réalisée et présentée au remboursement pendant cette période d'interdiction.

On considère en règle générale que 10% au minimum des interdictions prononcées ne sont pas connues de l'assurance maladie. Leur durée moyenne est au minimum de 3 mois.

Ces différents éléments permettent d'évaluer le préjudice annuel pour l'assurance maladie à hauteur d'environ 2,5 M€ par an.

b) Obligation de l'employeur d'informer l'assurance maladie de la reprise anticipée du travail de son salarié.

Par construction, il n'existe pas de données concernant les reprises d'activité anticipée des salariés en arrêt de travail indemnisé pour lesquels la caisse verse, en se subrogeant à l'employeur, les indemnités journalières. Pour mémoire, les fraudes détectées au titre des prestations en espèces se sont élevées, en 2014[1], à 29 M€. Il est attendu de la présente mesure une amélioration estimée à 5% de ces détections : l'impact peut donc être estimé à 1,5 M€ par an.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2016 (rectificatif)	2017	2018	2019	2020
		+4	+4	+4	+4

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

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

a) impacts économiques

La mesure n'a pas d'impact direct sur la gestion des organismes.

b) impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

- ***Impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

- ***impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes***

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

[1] Programme de qualité et d'efficience « maladie » joint au PLFSS 2016.

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 permet d'assurer un meilleur contrôle de la régularité des actes de santé au bénéfice des assurés.

Les salariés qui bénéficient du versement des indemnités journalières de l'employeur par subrogation de l'assurance maladie ne seront pas impactés. Le dispositif vise précisément à limiter les cas de fraude des employeurs qui profitent de cette subrogation pour faire prendre en charge à tort par l'assurance maladie une partie de la rémunération de leurs salariés.

Les employeurs auront une obligation d'information.

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

Le système d'information des CPAM permet déjà de prendre en charge les signalements des ordres professionnels.

Le dispositif existe déjà pour le traitement des informations faites par les salariés. Le dispositif de sanction ainsi que les modalités de recouvrement sont ceux déjà prévus pour les praticiens de santé.

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.

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.

Application immédiate, respectivement au titre des condamnations prononcées à compter du 1er janvier 2017 et au titre des reprises d'activité des salariés intervenant à compter du 1er janvier 2017.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Un dispositif d'information est prévu par l'assurance maladie auprès des ordres professionnels.

Dans le cadre des travaux conduits avec le ministère de la justice en matière de suivi des procédures judiciaires, la direction de la sécurité sociale inscrira cette nouvelle disposition dans la liste des échanges entre les juridictions et les organismes de sécurité sociale.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de l'application des mesures LFSS en matière de lutte contre la fraude est assuré par les organismes de sécurité sociale dans le cadre du bilan fraude annuel réalisé en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale.

VI. Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 114-16 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 114-16 modifié du code de la sécurité sociale
L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle	L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle

peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu.	peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu. **Lorsqu'une 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, susceptibles de donner lieu à un remboursement de l'assurance maladie, a été sanctionnée ou condamnée, par décision devenue définitive, à une interdiction temporaire ou définitive d'exercer sa profession par une juridiction pénale ou une instance ordinale, le directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie en est avisé sans délai.** **Cette information est communiquée par le ministère public près la juridiction pénale ayant prononcé la condamnation définitive et par le conseil de l'ordre dont la chambre disciplinaire a prononcé la sanction définitive.**
Article L. 323-6 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 323-6 modifié du code de la sécurité sociale**
Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire : 1° D'observer les prescriptions du praticien ; 2° De se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévus à l'article L. 315-2 ; 3° De respecter les heures de sorties autorisées par le praticien selon des règles et des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat après avis de la Haute Autorité de santé ; 4° De s'abstenir de toute activité non autorisée. En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, le bénéficiaire restitue à la caisse les indemnités versées correspondantes. En outre, si l'activité mentionnée au 4° a donné lieu à une rémunération, à des revenus professionnels ou à des gains, il peut être prononcé une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L.162-1-14.	Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire : 1° D'observer les prescriptions du praticien ; 2° De se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévus à l'article L. 315-2 ; 3° De respecter les heures de sorties autorisées par le praticien selon des règles et des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat après avis de la Haute Autorité de santé ; 4° De s'abstenir de toute activité non autorisée. En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, le bénéficiaire restitue à la caisse les indemnités versées correspondantes **dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1.** En outre, si l'activité mentionnée au 4° a donné lieu à une rémunération, à des revenus professionnels ou à des gains, il peut être prononcé une sanction financière dans les conditions prévues à l'article ~~*L.162-1-14*~~ **L. 114-17-1**.

En cas de recours formé contre les décisions de la caisse, les juridictions visées à l'article L. 142-2 contrôlent l'adéquation du montant de la sanction prononcée par la caisse à l'importance de l'infraction commise par l'assuré.	~~*En cas de recours formé contre les décisions de la caisse, les juridictions visées à l'article L. 142-2 contrôlent l'adéquation du montant de la sanction prononcée par la caisse à l'importance de l'infraction commise par l'assuré.*~~
	Article L. 323-6-1 (nouveau) du code de la sécurité sociale
	L'employeur subrogé dans les droits de son salarié en arrêt de travail informe par tout moyen l'organisme local d'assurance maladie assurant le service de l'indemnité journalière de la reprise anticipée du travail par ce salarié. **En cas de manquement par l'employeur à cette obligation et si celui-ci a occasionné le versement indu d'indemnités journalières, il peut être prononcé à son encontre une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 114-17-1.** **L'organisme d'assurance maladie procède à la récupération des indemnités journalières auprès de l'employeur dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1.**

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 2017.
Avis défavorable : 16 voix (CGT, FO, CGPME, MEDEF, CNPL/UNAPL)
Avis favorable : 6 (CFDT, CFTC, M. Besnard, personne qualifiée)
Prise d'acte : 4 voix (CFE-CGC, Mme Berge-Surget et Mme Barbara, personnes qualifiées)
La délégation UPA s'est abstenue.

2. CNAF

Le conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales a émis un avis majoritairement favorable sur le PLFSS pour 2017.
Avis favorable : 11 voix (3 CFDT, 2 CFTC, Mme Vigneau, personne qualifiée, 5 UNAF)
Avis défavorable : 9 voix (3 CGT, 3 CGT/FO, 3 CGPME, 6 MEDEF, 1 CNPL/UNAPL)
Prise d'acte : voix (2 CFE/CGC, Mme Gambrelle, personne qualifiée)
Abstentions : 10 vois (3 UPA, 6 MEDEF, 1 CNPL/UNAPL)

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 2017.
Avis favorable : 6 voix (3 CFDT, 2 CFTC, MM. Berder et Corona, personnes qualifiées)
Avis défavorable : 17 voix (3 CGT, 3 CGT-FO, 7 MEDEF, 3 CGPME, et M. Aubry, personne qualifiée)
Prise d'acte : 2 voix (CFE-CGC)
Abstention : 3 voix (UPA)

4. 4. CNAMTS

Le conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a émis un avis majoritairement défavorable sur le PLFSS pour 2017
Avis favorable : 8 voix (CFDT, CFTC, UNAF, CISS et M. Joliclerc, personne qualifiée)
Avis défavorable : 15 voix (CGT, CGT-FO, MEDEF, CGPME)
Prise d'acte : 6 voix (CFE-CGC, FNMF, FNATH)
Abstentions : UPA, UNAPL, Mme Morel, personne 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 2017 :
Avis favorable : 5 voix (CFDT, MEDEF et CFTC)
Avis défavorable : 3 voix (CGT, CGT-FO, CGPME)
Prise d'acte : 1 voix (CFE-CGC)
Abstention : 1 voix (UPA)

6. CCMSA

L'avis circonstancié du conseil central d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sur le PLFSS pour 2017 est joint à cette annexe.

7. RSI

Le Conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants a émis un avis défavorable sur le PLFSS pour 2017.

8. UNOCAM

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire a pris acte du PLFSS pour 2017.

9. UNCAM

Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie s'est prononcé par 10 voix défavorables, 5 voix favorables, une prise d'acte et une abstention. La CCMSA, a émis un avis favorable sur le PLFSS 2017.
Détail par collège :
Collège du régime général : 7 voix défavorables (CGT, CGT-FO, MEDEF, CGPME), 3 voix favorables (CFDT, CFTC) et une prise d'acte (CFE-CGC), et une abstention (UPA).

Collège du RSI : 3 avis défavorables.

RELEVE DES DELIBERATIONS DE LA REUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 28 SEPTEMBRE 2016

Vu les articles L. 121-1 et R. 121-1 du code de la sécurité sociale, l'article L. 723-35 du code rural et de la pêche maritime, l'article R. 723-108 du code rural et de la pêche maritime et l'article 10 des statuts de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, relatifs aux pouvoirs des conseils d'administration ;

Vu les articles L. 723-12, L. 723-35, L. 726-1 et les articles R. 723-109, R. 723-110, R. 726-1 et R. 726-2 du code rural et de la pêche maritime, relatifs aux compétences des comités de protection sociale des salariés, de protection sociale des non-salariés et d'action sanitaire et sociale ;

Vu les articles L. 152-1, L. 153-3, R. 152-2 à R. 152-6, du code de la sécurité sociale et R.724-16 à R.724-20 du code rural et de la pêche maritime, relatifs au contrôle de l'Etat sur les décisions des conseils d'administration.

QUESTIONS GENERALES ET INSTITUTIONNELLES

Gestion du régime et financement

■ Avis relatif au projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2017

Vu la saisine du 23 septembre 2016 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017,

Le Conseil d'Administration de la Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole :

Concernant l'équilibre général du budget de la sécurité sociale,

- constate la réduction des déficits en 2016 et la poursuite du redressement en 2017.

Concernant les dispositions impactant les domaines affiliation et cotisations,

émet un avis favorable sur la mesure de modernisation et de simplification des formalités des cotisants ayant recours à un tiers déclarant, instaurant le principe d'un mandat unique transmis par voie dématérialisée, ainsi qu'à l'instauration de l'obligation de dématérialisation des déclarations effectuées par des tiers.

Concernant les dispositions relatives au contrôle, à la lutte contre la fraude sociale et contre le travail illégal,

- émet un avis favorable sur les mesures relatives :

- ✓ aux missions de la CCMSA en matière de contrôle sur l'ensemble des branches du guichet unique, à la protection accordée aux agents de contrôle agréés et assermentés de la MSA dans le cadre de leur fonction, ainsi qu'aux échanges avec les agents de contrôle dans les Etats étrangers ;

- ✓ à l'alignement des sanctions en cas d'obstacles à contrôle permettant une prise en compte homogène des différentes situations, sous réserve d'ajustements textuels ;

- ✓ à l'extension au régime agricole de l'application du dispositif de la flagrance sociale, sous réserve d'aménagements d'ordre rédactionnel, et que puisse être examinée la possibilité d'utiliser dans ce cadre le document de fin de contrôle (DFC) déjà porteur des informations liées au chiffrage des redressements se rapportant au travail dissimulé ;

- ✓ aux sanctions en cas de travail dissimulé et de travail illégal ;

- ✓ aux modifications des règles de prescription applicables aux cotisations dans le cadre d'un contrôle Urssaf et en demande la transposition au régime agricole ;

- s'étonne de la mise en place de sanctions pénales en cas d'obstacle à contrôle subi par les agents chargés du contrôle de la prévention des AT-MP alors même que ces sanctions ne sont plus prévues pour leurs homologues du régime général ;

- constate avec satisfaction la création d'une sanction administrative relative aux travailleurs détachés, pour défaut de production du document attestant de leur situation au regard de la sécurité sociale en cas de contrôle ; sous réserve qu'elle fasse l'objet d'aménagements rédactionnels (précisions à apporter sur la règle de plafonnement de la pénalité et sur son application en cas d'auto-détachement) ;

- regrette cependant que dans le cadre d'emploi de main d'œuvre étrangère par des entreprises mixtes -hors détachement- l'affiliation au régime agricole des activités majoritairement agricoles ne soit pas reconnue dans les textes à cette occasion ;

- constate avec satisfaction l'élargissement du périmètre d'alimentation et de consultation du RNCPS.

Concernant les dispositions impactant la branche Famille,

- exprime sa satisfaction quant à la mise en place de l'Agence du recouvrement des pensions alimentaires, qui poursuit la logique de simplification et de service aux familles instaurée dans le cadre de la GIPA ; la MSA entend y participer pleinement aux côtés de la Cnaf qui se voit confier la gestion de ce service national. Le Conseil attire toutefois l'attention sur la charge représentée par les nouvelles activités liées à la délivrance des titres exécutoires et au rôle d'intermédiation ;

- prend acte de la réforme du complément libre choix du mode de garde, qui devrait simplifier la vie des familles employant des gardes d'enfant, mais qui nécessitera de revoir les échanges informatiques existant avec Pajemploi.

Concernant les dispositions impactant la branche Maladie,

- exprime ses plus vives inquiétudes sur le dispositif de mutation des salariés enchainant des contrats de courte durée relevant du régime général et du régime agricole ;

- attire l'attention du gouvernement, sur la complexité engendrée par cette mesure s'agissant des indemnités journalières (IJ), contraire à l'objectif poursuivi, et les incompréhensions pour

les salariés et les employeurs subrogés dans les droits aux IJ, qui connaitront deux interlocuteurs sociaux différents pour un même salarié (cotisations et IJ) ;

- considère que ladite mesure porte atteinte au guichet unique base et complémentaire, lequel permet d'avoir une connaissance globale de la situation des assurés pour leur garantir la plénitude de droits ; le bénéfice du guichet unique RO/RC étant très apprécié des salariés et des partenaires sociaux ;

- rappelle que dans l'objectif de simplification recherché de limitation des mutations, la MSA a déjà mis en place une procédure spécifique pour les saisonniers et CDD de moins de trois mois ;

- propose en conséquence de circonscrire cette mesure aux salariés en CDD de 3 mois uniquement pour le service des frais de santé et que le décret d'application reprenne bien cette durée de 3 mois et non celle de 12, telle qu'envisagée par les pouvoirs publics.

Concernant les dispositions impactant la branche Accident du Travail, Maladies Professionnelles,

- se félicite que les pouvoirs publics confient de façon exclusive, à la MSA, la gestion des crédits, dossiers et prestations actuellement gérés par la Caisse des Dépôts et Consignations, en lien avec la MSA, dans le cadre du Fonds de compensation des accidents du travail agricole (FCATA) qui, par voie de conséquence, est supprimé ;

- s'interroge sur les moyens nécessaires à la mise en œuvre par la MSA de cette mesure ;

Concernant la compensation financière de recette entre branches et régime,

- constate que les mesures portées par les pouvoirs publics en faveur de l'emploi et de la compétitivité ainsi que la mesure de suppression de l'affectation plus de 3 Mds€ de droits tabac aux branches maladie des salariés et non-salariés agricoles, entraînent des pertes de recettes pour le régime qui devront être compensées par le régime général dans le cadre de l'intégration financière ;

- constate que la substitution de deux nouvelles recettes, assises sur les alcools et sur les huiles, en substitution des droits tabacs, pour financer la Retraite Complémentaire Obligatoire (RCO) des non-salariés agricoles est réalisée à niveau constant ;

- regrette qu'elle ne règle pas le problème d'épuisement des réserves de la RCO, conséquence de la loi de 2014, révélée dès juillet 2015 dans le rapport triennal de la MSA ;

- demande au Gouvernement d'assurer l'équilibre financier du régime dans le respect des engagements du Président de la République de financer les mesures de la loi de 2014 par la solidarité nationale ;

- se félicite que le plafond d'emprunt de l'ACOSS lui permette de couvrir les besoins de trésorerie de la MSA, évitant ainsi à cette dernière de recourir à l'emprunt auprès des banques.

Concernant le transfert à la MSA du Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA),

- prend acte de cette décision qui témoigne de la reconnaissance par les pouvoirs publics des compétences de gestionnaire de la MSA ;

souhaite néanmoins, compte tenu de l'importance de la population concernée, que ce transfert se fasse avec des moyens humains supplémentaires nécessaires à la reprise de ces nouveaux assurés et à la poursuite de la qualité du service de cette allocation

GESTION DE LA CCMSA ET DE L'ECHELON CENTRAL

■ Décision n° 103-2016 relative à la nomination du médecin conseiller technique national en charge du risque chimique

Vu les articles L.723-35 et D.723-137 et suivants du code rural et de la pêche maritime,
Vu l'article 10 des statuts,

Sur proposition conjointe du Directeur Général, du Directeur Délégué aux Politiques Sociales et du Médecin National,

Et après avis favorable du Comité de Protection Sociale des Salariés du 15 septembre 2016 ;

Le Conseil d'Administration décide,

- de nommer à mi-temps le Docteur Philippe GRIPON en qualité de médecin conseiller technique national en charge du risque chimique, à effet du 1er octobre 2016.

Le Président	Le Directeur Général
M. Pascal CORMERY	M. Michel BRAULT

Date de génération
4 octobre 2016