



N° 1336

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2018.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE  
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2019*,

TOME II

COMMENTAIRES D'ARTICLES ET ANNEXES

PAR M. OLIVIER VÉRAN,

Rapporteur général.

---

---

Voir le numéro :

*Assemblée nationale* : 1297.



## SOMMAIRE

	Pages
<b>COMMENTAIRES D'ARTICLES.....</b>	7
<b>PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017.....</b>	7
<i>Article 1<sup>er</sup></i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2017.....	7
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2017 (annexe A).....	21
<b>DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017.....</b>	23
<i>Article 3</i> : Rectification des dotations 2018 de la branche maladie.....	23
<i>Article 4</i> : Suppression du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique.....	24
<i>Article 5</i> : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2018.....	26
<i>Article 6</i> : Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2018.....	33
<b>TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019.....</b>	35
<b>TITRE I<sup>ER</sup> – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE .....</b>	35
chapitre I <sup>er</sup> – Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs.....	35
<i>Article 7</i> : Exonération de cotisations sociales salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires.....	35
<i>Article 8</i> : Mise en œuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs .....	53
<i>Article 9</i> : Extension de l'exonération triennale de cotisations sociales aux créateurs d'entreprises relevant du micro-bénéfice agricole .....	97
chapitre II – Des règles de cotisations plus claires et plus justes .....	100
<i>Article 10</i> : Aménagement de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie.....	100
<i>Article 11</i> : Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement .....	107
<i>Article 12</i> : Pérennisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunération.....	113

<i>Article 13</i> : Poursuivre la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations .....	116
<i>Article 14</i> : Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments.....	127
<i>Article 15</i> : Réforme des mécanismes de sauvegarde applicables aux produits de santé ...	128
<i>Article 16</i> : Mesures en faveur des travailleurs indépendants (1/2) : Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants .....	137
<i>Article 17</i> : Modulation des sanctions applicables en cas de travail dissimulé .....	146
<i>Article 18</i> : Mesure d'efficience de la gestion financière des organismes de sécurité sociale.....	154
<b>TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b> .....	160
<i>Article 19</i> : Transfert de recette entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale .....	160
<i>Article 20</i> : Reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS .....	190
<i>Article 21</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5 .....	196
<i>Articles 22 et 23</i> : Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du FSV pour 2019.....	204
<i>Article 24</i> : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes affectées au FRR ou mises en réserve par le FSV .....	211
<i>Article 25</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt.....	212
<i>Article 26</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B) .....	216
<b>QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019</b> .....	224
<b>TITRE I<sup>ER</sup> – TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS</b> .....	224
<i>Article 27</i> : Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé..	224
<i>Article 28</i> : Financement forfaitaire de pathologies chroniques .....	229
<i>Article 29</i> : Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé (article 51 LFSS 2018) .....	235
<i>Article 30</i> : Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants .....	241
<i>Article 32</i> : Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge.....	248
<i>Article 33</i> : Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires.....	255
<b>TITRE II – AMÉLIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ</b> .....	270
chapitre I <sup>er</sup> – Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins .....	270
<i>Article 34</i> : Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé.....	270



<i>Article 35</i> : Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte.....	288
<i>Article 36</i> : Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie .....	291
chapitre II – Renforcer la prévention .....	296
<i>Article 37</i> : Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de dix-huit ans .....	296
<i>Article 38</i> : Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives .....	299
<i>Article 39</i> : Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens .....	302
chapitre III – Améliorer les prises en charge .....	305
<i>Article 40</i> : Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement .....	305
<i>Article 41</i> : Accélération de la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).....	314
chapitre IV – Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé.....	317
<i>Article 42</i> : Renforcer l'accès précoce à certains produits de santé innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge .....	317
<i>Article 43</i> : Favoriser le recours aux médicaments génériques et biosimilaires.....	343
<b>TITRE III – MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS .....</b>	<b>352</b>
<i>Article 44</i> : Revalorisation maîtrisée des prestations sociales.....	352
<i>Article 45</i> : Majoration du montant maximum du complément de libre choix du mode de garde pour les familles ayant un enfant en situation de handicap.....	361
<i>Article 46</i> : Conséquences de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans sur les prestations familiales.....	366
<i>Article 47</i> : Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé de maternité.....	371
<i>Article 48</i> : Mesures en faveur des travailleurs indépendants : convergence des règles en matière de prestations en espèces vers le régime général.....	379
<i>Article 49</i> : Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale.....	384
<i>Article 50</i> : Modernisation de la délivrance des prestations sociales.....	392
<b>TITRE IV – DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES .....</b>	<b>403</b>
<i>Article 51</i> : Dotation de l'assurance-maladie au FMESSP, à l'ONIAM, et de la CNSA aux ARS.....	403
<i>Article 52</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès ...	405
<i>Article 53</i> : ONDAM et sous-ONDAM .....	410
<i>Article 54</i> : Dotations au FIVA, au FCAATA et transfert au titre de la sous-déclaration AT-MP.....	416

<i>Article 55</i> : Objectifs de dépenses de la branche AT-MP .....	419
<i>Article 56</i> : Objectif de dépenses de la branche vieillesse .....	423
<i>Article 57</i> : Objectif de dépenses de la branche famille.....	427
<i>Article 58</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2019 .....	431
<b>ANNEXES</b> .....	437
<b>ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL</b> .....	437
<b>ANNEXE N° 2 : LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI</b> .....	441
<b>ANNEXE N° 3 LISTE DES LIENS VIDÉO RELATIFS À L'EXAMEN DU PROJET DE LOI</b> .....	451

## COMMENTAIRES D'ARTICLES

### PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

#### *Article 1<sup>er</sup>*

#### **Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2017**

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 1<sup>er</sup> porte approbation des comptes du dernier exercice clos, retracés notamment dans des tableaux d'équilibre consolidés. L'exercice 2017 se solde ainsi par un résultat déficitaire de 4,8 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, incluant le FSV.

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en application des dispositions organiques en définissant le contenu.

##### **A du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale <sup>(1)</sup>**

*« dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos [c'est-à-dire sa première partie], la loi de financement de la sécurité sociale :*

*1° Approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées lors de cet exercice ;*

*2° Approuve, pour ce même exercice, les montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette ».*

Le Parlement est ainsi mis en mesure par les dispositions organiques de voter l'arrêt des comptes pour le dernier exercice clos, en l'occurrence l'année 2017.

---

(1) Dont la rédaction est pour l'essentiel issue de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), comme du reste l'ensemble des dispositions organiques définissant le cadre des LFSS.

## I. LA CLÔTURE D'UN EXERCICE BUDGÉTAIRE 2017 MARQUÉ UNE NOUVELLE FOIS PAR LE REcul DES DÉFICITS SOCIAUX

### Régime général, régimes intégrés et régimes obligatoires de sécurité sociale

**Le régime général.** Sont affiliés auprès du régime général tous les employés du secteur privé qui ne relèvent pas d'un autre régime. Représentant 75 % du volume financier de l'ensemble des régimes obligatoires de base, le régime général est le principal régime de sécurité sociale, le seul en matière de risque famille et quasiment le seul en matière de maladie depuis la mise en place de la protection universelle maladie <sup>(1)</sup>.

À la fois incontournable par son poids financier et faisant l'objet d'une documentation plus régulière et plus fournie que les autres régimes, le régime général concentre souvent commentaires et analyses. Il ne représente cependant qu'une partie du champ des lois de financement.

**Les régimes intégrés.** Ce statut central conduit le régime général à entretenir de nombreuses relations financières avec les autres régimes obligatoires de base :

– deux mécanismes de compensation <sup>(2)</sup> créent une certaine intégration financière avec les autres régimes de base : la « *compensation démographique généralisée* » prévue à l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale entraîne une dotation de la branche vieillesse du régime général vers les autres régimes obligatoires déficitaires tandis que des « *compensations spécifiques* » prévues aux articles L. 134-3 et suivants couvrent d'autres risques (maladie ou AT-MP) pour des régimes identifiés (notamment le régime des salariés et des mines) ;

– l'intégration financière <sup>(3)</sup> des branches maladie et vieillesse d'autres régimes obligatoires (indépendants, cultes, régimes agricoles).

Le régime général contribue ainsi à la réduction des déficits de nombreux autres régimes, et prend en charge l'intégralité des déficits des régimes financièrement intégrés <sup>(4)</sup>.

Le champ des **régimes obligatoires de sécurité sociale** (ROBSS) constitue le plus vaste périmètre puisqu'il couvre l'ensemble des régimes qu'ils soient financièrement intégrés ou non.

Il est défini conformément à l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale tous les trois ans par le Gouvernement lui-même par la voie d'une liste transmise au Parlement au moment lors de l'examen du PLFSS.

---

(1) Le principe de la PUMA a été voté dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et mis en œuvre par l'article 20 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

(2) Le mécanisme de compensation fonctionne sur la base d'une moyenne nationale. Les régimes ayant un ratio plus favorable que la moyenne opèrent un transfert financier vers les régimes ayant un ratio moins favorable.

(3) Dans le mécanisme de l'intégration financière, les régimes maintiennent des règles distinctes mais agrègent leur solde avec celui du régime général. Le régime est alors toujours en équilibre pour la branche intégrée puisqu'il reporte tout excédent ou tout déficit sur le solde du régime général.

(4) Branche maladie et vieillesse du régime des salariés agricole, branche maladie des militaires et des non-salariés agricoles, régimes maladie et vieillesse des cultes et régime maladie et accidents du travail des marins.

À l'aune de la liste transmise à l'occasion du PLFSS pour 2018 <sup>(1)</sup>, on comptait encore en 2016 dans le champ des régimes obligatoires de base le régime général, dix-huit régimes spéciaux <sup>(2)</sup>, un régime des salariés agricoles et quatre régimes de non-salariés ainsi que des régimes et fonds « fermés » qui n'accueillent plus de nouveaux assurés tout en continuant à distribuer quelques prestations. Certains régimes ne dérogent au régime général que pour une seule branche (vieillesse généralement) <sup>(3)</sup>. Depuis la LFSS pour 2018, le régime social des indépendants qui comptait en 2016 3,5 millions de bénéficiaires a rejoint le régime général.

Moins bien identifié que celui du régime général, le périmètre des ROBSS est pourtant le plus pertinent pour analyser les comptes sociaux combinant à la fois :

– l'exhaustivité puisqu'il constitue le champ actuel des lois de financement de la sécurité sociale ;

– et une logique vertueuse de consolidation ; en intégrant les soldes de nombreux régimes ou autres organismes de financement traitant le même risque, les ROBSS permettent de prendre en compte l'ensemble des mouvements financiers qui seraient occultés par la seule considération du régime général (par exemple celui du fonds de solidarité vieillesse par rapport à la branche vieillesse du régime général).

Le présent rapport se propose donc, dans la mesure où la documentation disponible le permet, de concentrer son analyse financière sur cette échelle, d'autant plus essentielle, que la réforme à venir du système de retraite devrait conduire à un nouveau rapprochement des périmètres du régime général et des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Enfin, si le **fonds de solidarité vieillesse** ne constitue pas une branche, il fait pleinement partie des comptes sociaux, et son déficit récurrent doit être pris en compte dans toute évaluation sérieuse de la situation financière de la sécurité sociale.

## **1. Le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale témoigne d'un recul important de leurs déficits cumulés en 2017**

• Le 1<sup>o</sup> de cet article porte approbation du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des **régimes obligatoires de base**.

Le tableau suivant rapproche les montants que l'article 1<sup>er</sup> soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales (article 36 de la LFSS pour 2017 <sup>(4)</sup>) ou révisées (article 6 de la LFSS pour 2018 <sup>(5)</sup>).

---

(1) Document triennal de présentation des régimes obligatoires de base, disponible ici : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe\\_triennale\\_plfss\\_2018\\_vdef.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_triennale_plfss_2018_vdef.pdf)

(2) Les régimes spéciaux sont des régimes de sécurité sociale antérieurs à 1945 dans des branches d'activité et entreprises visées par un décret en Conseil d'État.

(3) Il existe ainsi 22 régimes d'assurance vieillesse, 11 régimes d'assurance maladie, 12 régimes d'AT-MP, à l'exclusion des régimes fermés (un régime maladie, trois régimes vieillesse et un régime invalidité et AT-MP).

(4) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(5) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

**TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2017 DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE**

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2017)			Prévisions révisées (LFSS 2018)			Réalisé (PLFSS 2019)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
<b>Vieillesse</b>	232,2	230,6	1,6	232,2	231,1	1,5	232,7	230,7	2,0
<b>Maladie</b>	204,5	207,1	- 2,6	203,2	207,3	- 4,1	203,1	208,0	-4,9
<b>Famille</b>	49,9	49,9	0,0	49,9	49,6	0,3	49,8	50,0	-0,2
<b>AT-MP</b>	14,2	13,5	0,7	14,3	13,2	1,1	14,4	13,2	1,2
<b>Total*</b>	487,1	487,4	- 0,3	486,3	487,6	- 1,3	486,2	488,1	-1,9
<i>FSV<sup>(1)</sup></i>	15,7	19,6	- 3,8	16,0	19,7	- 3,6	16,6	19,6	-2,9
<b>Total incluant le FSV*</b>	483,7	487,8	- 4,1	483,1	488,0	- 4,9	483,7	488,6	-4,8

(\*) Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2017, LFSS 2018 et PLFSS 2019.

Le résultat définitif, incluant le fonds de solidarité vieillesse, pour 2017 fait apparaître un solde négatif de 4,8 milliards d'euros, qui doit être regardé à l'aune de l'exercice 2016, d'une part, et des différentes prévisions dont il a fait l'objet avant la clôture des comptes, d'autre part.

- S'agissant de l'évolution par rapport à l'exercice 2016, les comptes 2017 font état d'une nette amélioration puisque le déficit de moins de 5 milliards d'euros est à comparer à celui de 7,0 milliards d'euros constaté en 2016.

Cette amélioration de plus de 2 milliards d'euros résulte d'une évolution positive des soldes de l'ensemble des branches, à l'exception de l'assurance maladie dont le solde se détériore de 200 millions d'euros par rapport à 2016.

**LA DÉCOMPOSITION DE L'AMÉLIORATION DU SOLDE DES ROBSS EN 2017  
PAR RAPPORT À 2016**

<b>Maladie</b>	- 0,2
<b>Vieillesse</b>	+ 0,4
<b>Famille</b>	+ 0,8
<b>AT-MP</b>	+ 0,4
<b>FSV</b>	+ 0,6
<b>Total avec FSV</b>	+ 2,2

- Ce déficit est sensiblement plus élevé que celui qui était prévu en LFSS pour 2017 (- 4,1 milliards d'euros) mais en ligne avec les prévisions révisées en LFSS 2018 (- 4,9 milliards d'euros).

Les prévisions pour 2017 avaient été révisées de manière conséquente par la LFSS pour 2018 pour tenir compte d'un effet conjoncturel dégradant, notamment en recettes (- 100 millions d'euros) mais aussi de plusieurs mesures

(1) Le FSV n'est pas présent dans le 1° de l'article mais intégré dans le sous-total depuis la LFSS 2017, ce qui contribue à la lisibilité des soldes. Il est encore présenté séparément dans le 3° comme seul organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

rétroactives, globalement négatives pour le solde : ainsi, la suppression de la « C4S » et la non-compensation du crédit d'impôt de taxe sur les salaires produisaient une perte de 620 millions d'euros qui n'était que partiellement compensée par la diminution de la dotation au FIVA et la réaffectation de TSA au profit des régimes de sécurité sociale pour un total de 300 millions d'euros.

**EFFET SUR LES COMPTES DES ROBSS 2017 RÉSULTANT DES MESURES NOUVELLES  
RÉTROACTIVES EN LFSS POUR 2018**

<b>Solde ROBSS LFSS 2017</b>	- 4,1
<i>Suppression C4S</i>	- 0,5
<i>Non compensation CITS</i>	- 0,6
<i>Dotation FIVA</i>	+ 0,2
<i>Réaffectation TSA</i>	+ 0,2
<i>Écart conjoncturel à la prévision (CCSS septembre 2017)</i>	- 0,1
<b>Effet total</b>	- 0,8
<b>Solde ROBSS LFSS 2018</b>	- 4,9

Le solde définitivement constaté dans le présent article, indiscutablement proche des prévisions révisées en LFSS pour 2018, masque néanmoins de significatifs mouvements contraires. Ces derniers concernent principalement le régime général et sont décrits ci-dessous <sup>(1)</sup>.

Les autres régimes de base ont atteint le déficit attendu, soit une dégradation de leur solde par rapport à 2016 (+ 0,3 milliard d'euros au lieu de + 0,7 milliard d'euros) qui tient à la fin de l'effet du changement de calendrier d'appel des cotisations pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAPL) et la hausse tendancielle des prestations de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

**2. Un équilibre historique résultant d'importantes variations en son sein depuis les prévisions de la LFSS pour 2018**

Le 2° porte approbation du tableau d'équilibre du seul régime général ; comme pour l'ensemble des régimes, le tableau suivant rapproche les montants que l'article 1<sup>er</sup> soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales de la loi de financement pour 2017 ou rectifiées par la loi de financement pour 2018.

---

(1) L'effet de ces importantes modifications n'a été décrit en détail que dans le rapport de la commission des comptes de juin 2018, lequel ne porte que sur les résultats du régime général, obligeant le présent commentaire à se contenter d'une analyse au regard de ce périmètre.

TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2017 DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2017)			Prévisions révisées (LFSS 2018)			Réalisé (PLFSS 2019)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
<b>Maladie</b>	203,2	205,9	- 2,6	201,9	206	- 4,1	201,3	206,2	- 4,9
<b>Vieillesse</b>	126,5	125	1,6	126,2	124,9	1,3	126,6	124,8	1,8
<b>Famille</b>	49,9	49,9	0	49,9	49,6	0,3	49,8	50	- 0,2
<b>AT-MP</b>	12,8	12,1	0,7	12,8	11,8	1	12,6	11,7	1,1
<b>Total*</b>	379,5	379,9	-0,4	377,8	379,4	- 1,6	377,6	379,8	- 2,2
<b>Total incluant le FSV*</b>	377,6	381,8	- 4,2	376,1	381,3	- 5,2	376,5	381,6	- 5,1

(\*) Hors transferts entre branches.

Source : LFSS 2017, LFSS 2018 et PLFSS 2019.

Compte tenu de son poids et de l'intégration financière croissante, son solde est souvent très proche de celui de l'ensemble des régimes obligatoires, sous réserve de quelques écarts liés généralement à la branche vieillesse. Le résultat définitif pour 2017 fait apparaître un déficit, incluant le fonds de solidarité vieillesse, de 5,1 milliards d'euros, à comparer avec le résultat 2016 ainsi qu'avec les précédentes prévisions.

● Il est en effet à comparer au déficit de 7,8 milliards constaté en 2016. Ainsi, le régime général concentre un effort particulièrement important de réduction des déficits sociaux puisque l'effort (+ 2,7 milliards) est significativement supérieur à celui de l'ensemble des régimes obligatoires (+ 2,2 milliards). Les branches AT-MP, vieillesse et famille y ont pris une large part avec une amélioration respective d'1,2 milliard, 900 millions et 800 millions d'euros de leurs soldes respectifs, tandis que la branche maladie a vu son compte se dégrader de 200 millions d'euros.

LA DÉCOMPOSITION DE L'AMÉLIORATION DU SOLDE DU RÉGIME GÉNÉRAL EN 2017 PAR RAPPORT À 2016

<b>Maladie</b>	- 0,1
<b>Vieillesse</b>	0,9
<b>Famille</b>	0,8
<b>AT-MP</b>	1,2
<b>Total avec FSV</b>	2,7

Un écart inférieur ou égal à 0,1 point résulte de l'application d'une règle d'arrondis.

● Le solde constaté s'éloigne nettement des prévisions de la LFSS 2018 en raison d'un effet plus fort de la conjoncture pour le régime général que pour l'ensemble des régimes obligatoires ainsi que de l'effet des mesures rétroactives précitées. Ces effets sont rappelés plus précisément dans le tableau ci-dessous :



**EFFET SUR LES COMPTES DES ROBSS 2017 RÉSULTANT DES MESURES NOUVELLES  
RÉTROACTIVES EN LFSS POUR 2018**

<b>Solde RG LFSS 2017</b>	-4,2
<i>Suppression C4S</i>	-0,5
<i>Non compensation CITS</i>	-0,6
<i>Dotation FIVA</i>	+0,2
<i>Réaffectation TSA</i>	+0,2
<i>Écart conjoncturel à la prévision (CCSS septembre 2017)</i>	-0,2
<b>Effet total</b>	-1
<b>Solde RG LFSS 2019</b>	-5,1

Il est en revanche très proche de la prévision révisée de la LFSS pour 2018 (- 5,2 milliards d'euros), sans pourtant que celle-ci ait pu anticiper deux très importants mouvements financiers qui se sont quasiment neutralisés :

- 1,2 milliard de recettes de TVA ont été comptabilisées à tort par la LFSS pour 2018 en 2017, alors qu'elles auraient dû être rattachées en 2018 en vertu du principe des droits constatés ;

**Un changement d'année d'affectation de TVA lié à la mesure en faveur du pouvoir  
d'achat des actifs**

Dans le cadre de la réforme tendant à diminuer les cotisations salariales d'assurance chômage, la loi de finances pour 2018 <sup>(1)</sup> a diminué considérablement la fraction de taxe sur la valeur ajoutée affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie (0,34 % au lieu de 7,03 %, soit 11 milliards d'euros en année pleine), au profit de l'Unédic. Applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 à un impôt prélevé avec un mois de décalage, la nouvelle affectation concernait *de jure* les montants prélevés par l'administration fiscale au titre de décembre 2017 en janvier 2018. En droits constatés, les régimes de sécurité sociale se trouvaient donc privés rétroactivement d'un douzième de cette fraction de TVA, soit 1,2 milliard d'euros.

Le rapporteur général souligne l'intérêt pour la représentation nationale lorsqu'elle doit se prononcer sur la loi de financement que cette dernière anticipe pleinement l'application de ces règles comptables bien connues.

- la croissance du PIB (+ 2,2 %) et de la masse salariale (+ 3,4 %), supérieure aux hypothèses sur lesquelles étaient bâties les précédentes prévisions (respectivement 1,7 % et 3,3 % à l'automne 2017), a conduit à une augmentation très significative des recettes hors TVA.

Au total, le solde est même en légère amélioration par rapport à la prévision de 100 millions d'euros (- 5,1 milliards au lieu de - 5,2).

---

(1) Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

### 3. Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base retrace exclusivement le recul du déficit du FSV

Le 3° porte approbation du tableau d'équilibre du seul organisme de cette catégorie, à savoir le fonds de solidarité vieillesse.

Celui-ci finance en effet des prestations non contributives servies par les régimes de base, correspondant notamment :

- aux périodes pendant lesquelles les assurés n'ont pas pu cotiser en matière d'assurance vieillesse, par exemple en cas de chômage (11,5 milliards d'euros en 2017) ou d'arrêts de travail (1,8 milliard d'euros en 2017) ;

- à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) (3,1 milliards d'euros en 2017).

**TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2017 DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE**

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2017)			Prévisions révisées (LFSS 2018)			Réalisé (PLFSS 2019)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
<b>FSV</b>	15,7	19,6	- 3,8	16,0	19,7	- 3,6	16,6	19,6	- 2,9

Source : LFSS 2017, LFSS 2018 et PLFSS 2019.

Le solde est donc en nette amélioration par rapport à 2016 (- 3,6 millions d'euros) grâce à la fin progressive du financement du minimum contributif permettant une diminution des dépenses (- 3,7 %) plus rapide que celle des produits (- 0,3 %).

Ce résultat est également nettement meilleur que les prévisions des LFSS pour 2017 et pour 2018 qui annonçaient une détérioration puis une stabilisation du solde. La perte d'une fraction du prélèvement social sur les revenus du capital au profit de la CNSA a été surcompensée par le dynamisme des autres produits (la CSG notamment), dans un contexte économique meilleur que prévu.

### 4. Un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) tenu

Créé en 1996, l'ONDAM est un plafond indicatif de la quasi-totalité des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement pour l'année à venir, et dont le niveau est définitivement arrêté dans la première partie de la LFSS pour l'exercice N+2.

Le 4<sup>o</sup> arrête un montant de 190,7 millions d'euros en 2017, en ligne avec les prévisions de l'article 102 de la LFSS pour 2017 et de l'article 7 de la LFSS pour 2018. La Cour des comptes relève que cet écart est pour la troisième année consécutive inférieur à 100 millions d'euros <sup>(1)</sup>.

Après une progression historiquement faible en 2016 (+1,75 %), l'ONDAM pour 2017 correspond à une progression des dépenses de 2,2 % <sup>(2)</sup>. Son exécution est marquée comme pour les précédents exercices par un important ajustement, y compris au regard des prévisions rectifiées en 2018 : au nouveau dépassement du sous-objectif lié aux dépenses de soins de ville de 338 millions d'euros répond une nouvelle sous-exécution de celui lié aux dépenses des établissements de santé de 346 millions d'euros <sup>(3)</sup>.

La pilotabilité infra-annuelle de ces deux sous-objectifs demeure en effet structurellement asymétrique : le dépassement du sous-objectif « ville » est le produit d'une hausse de la consommation de médicaments, des indemnités journalières, des dépenses de transports et des honoraires médicaux, partiellement compensée par la baisse des honoraires paramédicaux et les effets de la nouvelle convention conclue avec les chirurgiens-dentistes ; le sous-objectif « hôpital » a quant à lui été ajusté par des annulations de dépenses d'établissements sociaux et médico-sociaux, qui ont complété les effets d'une baisse imprévue de leur activité.

## **5. Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)**

Le 5<sup>o</sup> porte approbation du montant de la dotation au FRR, toujours nul depuis 2011. Il constitue une donnée obligatoire en application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale précité qui fait obligation au législateur de mentionner dans la première partie de la LFSS le montant des recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires, catégorie comprenant le seul FRR dans le droit positif.

En effet, en application de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, le Fonds a été mis en extinction : aucune recette ne lui est plus affectée, tandis qu'il décaisse chaque année 2,1 milliards d'euros au profit de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), afin de participer au financement des déficits des organismes chargés d'assurer les prestations du régime de base de l'assurance vieillesse pour les exercices 2011 à 2018, en application de la LFSS 2011 <sup>(4)</sup>.

---

(1) *Cour des comptes*, Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, p. 77.

(2) *L'écart au taux de progression annoncé de +2,1 % tient compte de l'effet du rebasage à la baisse de l'ONDAM pour 2016 en LFSS pour 2018, arrondi au dixième.*

(3) *L'écart résulte d'une règle d'arrondi, l'objectif est en réalité sous-exécuté de 25 millions d'euros.*

(4) *Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.*

Créé en 1999<sup>(1)</sup>, le Fonds de réserve pour les retraites était chargé de mettre en réserve et de faire fructifier des ressources qui lui étaient affectées afin de maintenir voire d'améliorer le niveau des pensions à horizon 2020, dans la perspective d'une dégradation prévisible des équilibres financiers. Compte tenu de la forte dégradation des régimes d'assurance vieillesse à la suite de la crise financière des années 2008-2009, il a été décidé de mettre à contribution le Fonds avant l'horizon initialement prévu.

Au 31 décembre 2017, la valeur des actifs du FRR était de 36,4 milliards d'euros, contre 36,0 milliards d'euros à la même date en 2016. Son résultat financier en 2017 a été de 2,5 milliards d'euros, contre 810 millions en 2017, lié à une excellente performance de ses produits financiers.

## **6. La dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)**

La CADES a été créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 portant mesures relatives au remboursement de la dette sociale pour amortir et éteindre la dette du régime général de la Sécurité sociale. Elle est historiquement affectataire depuis sa création d'une ressource exclusive, la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ainsi que d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) depuis la LFSS pour 2008<sup>(2)</sup> et du versement annuel du FRR précité<sup>(3)</sup>. Ces ressources lui permettent chaque année d'assurer l'amortissement d'une partie de la dette sociale reprise et financée par des opérations d'emprunt sur les marchés<sup>(4)</sup>. L'amortissement est égal à la différence entre le produit des ressources affectées et le montant des charges financières nettes de la Caisse (déduction faite, donc, des produits financiers qu'elle peut percevoir).

Le 4° porte ainsi approbation du montant de la dette amortie par la CADES en 2017, à savoir 15,0 milliards d'euros.

Ce chiffre, légèrement supérieur à l'objectif fixé en LFSS pour 2017 (14,9 milliards d'euros), s'explique à la fois par une excellente dynamique des recettes de l'année 2016 (17,2 milliards d'euros) et par des conditions d'emprunt toujours très favorables.

---

(1) Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000.

(2) Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

(3) Elle a historiquement été affectataire d'une fraction du prélèvement social sur les revenus du capital entre 2011 et 2016.

(4) La CADES bénéficie depuis sa création du soutien de l'Agence France Trésor, renforcé par le décret n° 2017-869 du 9 mai 2017.

## **II. CES COMPTES SONT VALIDÉS PAR LA COUR DES COMPTES SOUS CERTAINES RÉSERVES**

En application de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes est chargée de produire, dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance du Parlement et du Gouvernement un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos ainsi qu'un rapport de certification de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos <sup>(1)</sup>.

### **1. Une cohérence des tableaux d'équilibre confirmée, sous quelques réserves**

L'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre figure dans le rapport sur l'application des LFSS (RALFSS), produit annuellement par la Cour en application du 1° du VIII de l'article L.O. 111-3. Les principales conclusions de l'avis rendu dans le RALFSS 2017 sont reproduites dans l'encadré suivant :

---

(1) Pour plus d'informations sur la question de la certification, qui dépasse le cadre du présent commentaire, on se reportera utilement au rapport de la Cour des comptes (Certification des comptes du régime général de sécurité sociale – Exercice 2017, juin 2018 [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-05/20180528-rapport-certification-comptes-2017-securite-sociale\\_1.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-05/20180528-rapport-certification-comptes-2017-securite-sociale_1.pdf) ), ainsi qu'à l'annexe 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019, « Objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale », pages 41 et 42). On rappellera que les comptes des régimes autres que le régime général, ainsi que ceux du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) sont quant à eux certifiés par des commissaires aux comptes.

### **Avis de la Cour des comptes sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour 2017**

« À l'issue de ces vérifications et sur le fondement des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre précités fournissent **une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle**. Elle formule néanmoins les cinq observations suivantes :

1. à la date de ses constats, la Cour n'a pas été rendue destinataire du projet d'annexe 4 au projet de loi de financement qui contient des informations intéressantes les tableaux d'équilibre (modalité d'établissement, détail des recettes et des dépenses, analyse des évolutions par rapport à 2016 et par rapport aux prévisions) ;
2. les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux ;
3. les tableaux d'équilibre intègrent un produit de taxe sur les véhicules de société de 0,2 Md€ enregistré à tort dans les produits de la branche famille de l'exercice 2017 ;
4. la double comptabilisation, à tort, de dépenses hospitalières de la caisse de sécurité sociale de Mayotte dégrade de 0,2 Md€ les soldes des tableaux d'équilibre de la branche maladie du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;
5. les réserves formulées par la Cour dans le rapport de certification des comptes de 2017 du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes de certains autres régimes soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2017, sous l'effet, notamment, de faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables

Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2018<sup>(1)</sup>, disponible ici : [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-secureite-sociale-2017\\_1.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-secureite-sociale-2017_1.pdf)

● La première observation fait référence à l'annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale qui présente en détail les recettes, dépenses et solde des régimes par catégorie et par branche, dont la Cour n'aurait pas disposé pour porter une appréciation éclairée sur les tableaux d'équilibre ; interrogée sur ce point par le rapporteur général, la direction de la sécurité sociale a confirmé qu'il lui était impossible de transmettre à l'été des documents qu'elles ne finalisaient qu'entre la fin du mois de septembre et le début du mois d'octobre, afin de consolider les données de certains petits régimes ;

● La deuxième observation, récurrente, reproche au Gouvernement sa méthode de contractions de produits et de charges, en méconnaissance du cadre normatif organique. Ces consolidations sont retracées dans l'annexe 4 précitée et répondent à une double préoccupation de neutralisation :

– la première consiste à neutraliser les transferts entre régimes de sécurité sociale et permet d'éviter une double comptabilisation de recettes ou de produits

---

(1) Bien que la publication du rapport de la Cour soit antérieure à la présentation du PLFSS, ces tableaux communiqués par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) sont les mêmes que ceux qui ont été présentés à la représentation nationale.

qui correspondraient en réalité aux relations financières entre deux régimes, ou entre des branches d'un même régime ; l'utilité de cette neutralisation est entièrement reconnue ;

– la seconde consiste à neutraliser les écritures d'inventaire et c'est elle qui fait l'objet des critiques renouvelées de la Cour ; interrogée lors de l'examen de la précédente LFSS sur ce même point, la direction de la sécurité sociale a fait savoir au rapporteur général que ce retraitement des données répondait à la préoccupation assumée de « *neutraliser l'hétérogénéité des modes de comptabilisation d'un petit nombre d'écritures entre régimes et dans le temps pour un même régime* » ; en effet, les régimes appliquent des règles de comptabilité différentes et les modifient parfois entre deux exercices ; c'est pourquoi il est procédé à une harmonisation des présentations comptables des différents régimes, d'une part, et dans le temps, d'autre part ; par ailleurs, la direction de la sécurité sociale se réserve la possibilité de ne pas faire figurer des écritures comptables n'ayant aucune contrepartie économique ou de conséquence sur le solde.

Au regard de ces explications, le rapporteur général se satisfait de cette présentation comptable, dont la méthodologie est présentée de manière détaillée et illustrée dans l'annexe 7, et sous réserve :

– que ces règles soient suffisamment constantes pour rendre les chiffres comparables d'une année sur l'autre ;

– qu'elles n'aient jamais pour incidence de modifier artificiellement le solde ou d'occulter une réalité économique ou financière.

● La troisième observation renvoie à une imputation erronée à un produit de la taxe sur les véhicules de société de 200 millions d'euros au titre du dernier trimestre de l'exercice 2016 comme produit à recevoir en 2017 ; ce constat fait l'objet d'un différend avec la direction de la sécurité qui en a exposé les attendus au rapporteur général de la façon suivante : si la Cour estime que le changement du mode de calcul de cette imposition complexe prélevée avec un important décalage pendant l'année de transition relevait d'un changement de méthode comptable qui aurait dû être neutralisé, le Gouvernement estime que le dispositif transitoire a bien engendré un produit supplémentaire sur un trimestre qui n'aurait pas été imposé en l'absence de ce dispositif, imputé à l'exercice 2017.

S'il n'appartient au rapporteur général de départager ce débat technique, l'effet sur les comptes de l'imputation en 2016 privilégiée par la Cour aurait été modérée par l'effet de base en 2017.

● La quatrième observation fait référence à une double comptabilisation erronée de dépenses hospitalières à Mayotte, lesquelles étaient intégrées à la fois comme dépenses du régime général et dans la dotation d'équilibre du régime général à la caisse de sécurité sociale mahoraise ; interrogés sur ce point, les services ont indiqué au rapporteur général qu'il s'agissait d'une erreur matérielle dans la notification du montant des provisions hospitalières ; l'anomalie ayant été

détectée postérieure à la date de clôture des comptes (15 mars), les comptes n'ont pas pu être rectifiés ; cette dépense sera automatiquement soustraite de l'exercice 2018 en charges.

● La quatrième observation reproduit synthétiquement les réserves émises par la Cour à l'occasion de son rapport sur la certification des comptes du régime général, s'agissant notamment des dispositifs de contrôle interne.

## **2. Des comptes du régime général certifiés avec un nombre en baisse de réserves**

Conformément à l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes certifie les comptes du régime général.

### **Article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières <sup>(1)</sup>**

*« Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport présentant le compte rendu des vérifications qu'elle a opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos, établis conformément aux dispositions du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale. Ce rapport est remis au Parlement et au Gouvernement sitôt son arrêt par la Cour des comptes, et au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle afférente aux comptes concernés. »*

Dans son rapport remis en mai 2018 <sup>(2)</sup>, la Cour a certifié les comptes du régime général avec 28 réserves, chiffre à comparer avec les 31 réserves émises pour les comptes de l'année 2017. Elle maintient ses recommandations récurrentes visant à mettre en place un contrôle interne approfondi dans l'ensemble des branches.

\*

\* \*

---

(1) Dont la rédaction est pour l'essentiel issue de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), comme du reste l'ensemble des dispositions organiques définissant le cadre des LFSS.

(2) Cour des comptes, Certification des comptes 2017 du régime général de sécurité sociale, mai 2018, disponible ici : [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-05/20180528-rapport-certification-comptes-2017-securite-sociale\\_1.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-05/20180528-rapport-certification-comptes-2017-securite-sociale_1.pdf)



*Article 2*

**Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2017 (annexe A)**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 2 porte approbation du tableau patrimonial qui retrace l'essentiel de la situation financière dans le champ des LFSS au 31 décembre du dernier exercice clos (2017) ainsi que l'affectation des excédents et des déficits constatés au terme de cet exercice.

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en application des dispositions organiques en définissant le contenu.

**3° du A du I de l'article L.O. 111-3 et II de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale.**

*La loi de financement « 3° Approuve le rapport mentionné au II de l'article LO 111-4 et, le cas échéant, détermine, dans le respect de l'équilibre financier de chaque branche de la sécurité sociale, les mesures législatives relatives aux modalités d'emploi des excédents ou de couverture des déficits du dernier exercice clos, tels que ces excédents ou ces déficits éventuels sont constatés dans les tableaux d'équilibre prévus au 1° ».*

*Le II de l'article LO 111-14 précise qu'il s'agit d'« un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos [ , qui] présente également un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement<sup>(1)</sup>, à l'amortissement de leur dette<sup>(2)</sup> ou à la mise en réserve de recettes à leur profit<sup>(3)</sup> ».*

Il s'agit d'assurer l'information du Parlement sur l'état de la situation patrimoniale d'une partie des régimes faisant partie du champ des lois de financement de la sécurité sociale<sup>(4)</sup>. Celui-ci permet, au-delà du solde pour une année donnée, qui peut s'analyser comme un « flux » à un moment donné, d'apprécier la situation financière nette consolidée, en y intégrant l'ensemble de l'actif et du passif du champ des lois de financement. Les « stocks » sont ainsi présentés (réserves, dettes) ainsi que la manière dont les déficits sont finalement pris en charge concrètement.

---

(1) *Fonds de solidarité vieillesse (FSV).*

(2) *Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).*

(3) *Fonds de réserve pour les retraites.*

(4) *Certains régimes ne sont en effet pas retracés en raison de leur faible importance financière (régimes représentant moins de 30 millions d'euros et ne recourant pas à l'emprunt)*

## **1. Le tableau présentant la situation patrimoniale de la sécurité sociale reflète une amélioration de la situation des comptes sociaux en 2017**

● L'annexe A reflète à plusieurs égards une accélération de l'amélioration du solde des régimes de sécurité sociale de plusieurs manières au passif ; la variation des capitaux propres est positive de 12,8 milliards par rapport à 2016 ce qui résulte :

– d'une amélioration du solde du régime général (+ 2 milliards d'euros), du FSV (+ 0,7 milliard) ainsi que des résultats excédentaires de la CADES (+ 0,6 milliard) et du FRR (+ 1,6 milliard), minoré des autres régimes (- 0,4 milliard) ;

– d'un report du résultat des années précédentes positif au 31 décembre de l'année 2017 (+ 12,1 milliards) correspondant au différentiel entre la diminution des reports de déficits des années précédentes (+ 13,3 milliards d'euros) et la progression du report de dettes des années passées à la CADES (+ 14,4 milliards d'euros).

Au total, c'est l'endettement financier net de la sécurité sociale (102,9 milliards d'euros) qui s'en retrouve diminué (- 15,1 milliards d'euros) grâce à une diminution de l'endettement financier de la CADES (- 20,7 milliards d'euros) très supérieure à l'augmentation de celui du régime général (+ 6,6 milliards d'euros).

● Conformément à l'article LO 132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes produit un avis sur la cohérence du tableau patrimonial.

Dans son *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* de septembre 2018, la Cour des comptes juge que le tableau patrimonial figurant à l'annexe A du présent projet « fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2017 »<sup>(1)</sup>.

En revanche, elle maintient une observation, déjà évoquée par ailleurs, tenant à l'insuffisance des dispositifs de contrôle interne et la persistance de difficultés comptables.

## **2. La description des mesures prévues pour la couverture des déficits constatés et l'affectation des excédents illustrent l'hétérogénéité des situations financières de chaque régime**

S'il est difficile de résumer en quelques grandes lignes directrices des opérations propres à la situation financière de chaque régime, certaines mesures méritent d'être soulignées dans le cadre du présent commentaire :

● Le régime général et le FSV étaient en déficit de 5,1 milliards d'euros en 2017, qui sont venus s'ajouter à la dette gérée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), le plafond de reprise de la dette prévu pour 2011-2018 par la CADES ayant été atteint dès 2016.

---

(1) Page 153 [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017\\_1.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf)

- La plupart des autres régimes de base sont à l'équilibre ou en excédent grâce à l'intégration financière (maladie pour tous les régimes, salariés agricoles et régime social des indépendants), par des subventions d'équilibre de l'État comme garant de l'équilibre financier de ces régimes (SNCF, RATP, mines, marins) ou par des subventions de l'État en tant qu'employeur (FPE, industries électriques et gazières).

- Les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,3 milliard), de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (0,01 milliard), du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (0,09 milliard) et de la caisse nationale des barreaux français (0,07 milliard) sont affectés aux réserves des régimes concernés.

- Les déficits passés accumulés par le régime des mines ont été transférés à la CNAMTS à hauteur de 0,7 milliard d'euros en 2016.

- Le déficit du régime de retraite des exploitants agricoles est géré comme les années précédentes par la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) et financé par des avances rémunérées de l'ACOSS conformément aux nouvelles dispositions adoptées en 2015.

\*

\* \*

## **DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017**

### *Article 3*

#### **Rectification des dotations 2018 de la branche maladie**

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 3 rectifie la dotation de la branche maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux pour 2018.

Particulièrement simple cette année, cet article modifie le III de l'article 73 de la LFSS pour 2018 en vue d'augmenter de 20 millions d'euros la dotation de la branche assurance maladie à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM). Celle-ci, rehaussée à 125 millions d'euros, permet de tenir compte d'une hausse significative de la sinistralité en matière d'accidents médicaux en 2017. S'agissant plus précisément de l'origine et des fonctions de l'ONIAM, on pourra utilement se référer au commentaire de l'article 51.

\*

\* \*

*Article 4*

**Suppression du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 4 procède à la suppression en 2018 du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique, créé en 2017, dont les modalités de fonctionnement faisaient obstacle à la lisibilité des comptes de l'assurance maladie.

**1. Le Fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique : une création récente, objet de nombreuses critiques**

● Le Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 <sup>(1)</sup> afin de satisfaire deux objectifs :

– retracer plus clairement les dépenses liées à la prise en charge des médicaments innovants ;

– lisser les dépenses de médicaments liées à l'innovation pharmaceutique sur plusieurs années.

Pour ce faire, le fonds permet de mettre en regard des produits et de charges relatives aux médicaments innovants, essentiellement hospitalières, et donc d'isoler le besoin de financement qui en résulte.

On compte ainsi :

– en charges, les dépenses de l'assurance maladie pour couvrir les frais des médicaments inscrits sur la « *liste en sus* », rétrocédés par une pharmacie à usage intérieur, pris en charge dans le cadre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), du régime dit du « *post-ATU* » <sup>(2)</sup> ;

– en produits, une dotation de l'assurance maladie fixée chaque année par arrêté et ne pouvant être inférieure à la dotation de l'année précédente majorée du taux d'évolution des dépenses <sup>(3)</sup>, le produit des remises conventionnelles au titre des médicaments prescrits à l'hôpital ainsi que le produit des contributions dites « Lh » et « W » <sup>(4)</sup> sur le chiffre d'affaires.

---

(1) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(2) S'agissant de la description de ces différents régimes dérogatoires permettant d'obtenir le remboursement de médicaments nouvellement entrés sur le marché, on pourra utilement se référer au commentaire de l'article 42.

(3) Il s'agissait en principe d'éviter que les ressources du fonds évoluent de telle façon que son déficit s'accroît toujours davantage chaque année ;

(4) Pour davantage de précisions sur ces contributions, on pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 15.

Cette configuration permet théoriquement de mettre en regard les ressources et les dépenses liées au médicament, pour les rendre facilement identifiables. L'écart entre les charges et les produits correspond donc à une prise en charge sur les réserves du fonds si celui-ci est négatif et à une mise en réserve s'il est positif.

- Le fonds a fait l'objet de nombreuses critiques dès sa création, notamment de la part de la Cour des comptes qui a considéré qu'il s'agissait d'un « *mécanisme dangereux de débudgétisation* » dès l'exercice 2017, à double titre :

- la dotation initiale du fonds (875 millions d'euros) a été prélevée sur les réserves du fonds de solidarité vieillesse (FSV) et traitée en recettes dans les comptes de l'assurance maladie pour 2017, améliorant d'autant ces derniers de manière artificielle ;

- la prise en charge des dépenses par les réserves du fonds a pour conséquence comptable de sortir celles-ci du champ de l'ONDAM, alors qu'elles devraient en ressortir par nature ; ainsi, en 2017, la Cour des comptes a estimé que celui-ci était minoré par construction à raison du déficit du fonds (220 millions d'euros).

En 2018, cette situation avait été en partie rectifiée par la réintégration de 55 des 164 millions d'euros dans le champ de l'ONDAM <sup>(1)</sup>.

## **2. L'article 4 propose de supprimer le fonds de financement dès 2018**

### ***a. La suppression et des conséquences rédactionnelles pérennes***

Le 3° du **I** abroge l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit l'existence, les recettes et les charges du fonds.

En conséquence :

- le 1° du **I** modifie l'article L. 138-16 pour supprimer l'affectation de la contribution dite « *Lh* », par ailleurs supprimée à l'article 15 du présent projet de loi, au fonds ;

- le 2° du **I** supprime à l'article L. 221-1 la référence au FFIP parmi les fonds gérés par l'assurance maladie ;

- le **II** supprime la référence à une dotation de l'assurance maladie au FFIP au **III** de l'article 95 de la LFSS pour 2017.

### ***b. Le traitement spécifique de l'exercice 2018***

Le **III** prévoit le maintien des modalités de suivi et de comptabilisation en 2018 et une dotation couvrant le solde du Fonds tandis que le **IV** prévoit une

---

(1) Annexe 7 du PLFSS pour 2018.

entrée en vigueur rétroactive au 1<sup>er</sup> janvier 2018, cohérente avec le placement du présent article en seconde partie de la loi de financement.

Au terme de ces deux modifications, le fonds n'aura donc existé que pendant un seul exercice (2018) et les 109 millions d'euros de déficit restants seront donc réintégrés rétroactivement dans le champ de l'ONDAM grâce à une ultime subvention d'équilibre de l'assurance maladie qui couvrira l'ensemble des dépenses.

\*

\* \*

### *Article 5*

#### **Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2018**

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 5 porte la rectification des prévisions de recettes et de soldes ainsi que des objectifs de dépenses relatifs à l'année en cours, afin de tenir compte des données les plus récentes. Le déficit des régimes de base et du FSV serait ainsi en 2018 de 1,4 milliard d'euros.

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en application des dispositions organiques définissant son contenu.

##### **B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale**

*« B.-Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale :*

*1° Rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général par branche, ainsi que des organismes concourant au financement de ces régimes ; (...)*

*3° Rectifie l'objectif assigné aux organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et les prévisions de recettes affectées aux fins de mise en réserve à leur profit. »*

Il s'agit d'assurer l'information du Parlement quant aux perspectives financières pour les différents régimes ainsi que le FSV pour l'année 2018, en utilisant notamment les données fournies par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du 25 septembre dernier.

● Au titre des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre, le présent article rectifie ainsi trois articles de la loi de financement de la sécurité sociale

(LFSS) pour 2018 <sup>(1)</sup> : l'article 31, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base ; l'article 32, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général ; et l'article 33, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre du FSV.

● S'agissant des objectifs de dépenses, sont juridiquement modifiés, outre les articles 31 et 32 pour les tableaux d'équilibre, les articles 39 (branche famille), 43 (branche vieillesse), 47 (branche accidents du travail et maladies professionnelles – AT-MP) et 74 (branche maladie, maternité, invalidité et décès).

Concernant l'objectif d'amortissement de la CADES et les prévisions de recettes mises en réserve par le FRR et le FSV, cet article porte modification de l'article 33.

### **1. La situation financière des régimes obligatoires de base devrait à nouveau s'améliorer significativement en 2018**

Le 1<sup>o</sup> de cet article arrête, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, les nouvelles prévisions de recettes, les objectifs de dépenses afférents et le tableau d'équilibre, fixant ainsi provisoirement le déficit de ce périmètre à 1,4 milliard d'euros.

Comme pour les tableaux d'équilibre pour 2017, l'analyse du solde suppose de le comparer, d'une part, avec ce qui était attendu et avec l'exercice précédent, d'autre part.

#### ***a. Une nouvelle prévision plus favorable***

En vue de procéder à cette première comparaison, les données rectificatives sont mises en regard, dans le tableau ci-après, des prévisions et objectifs initiaux de la LFSS pour 2018.

---

(1) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017

TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2018 DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2018)			Prévisions révisées (PLFSS 2019)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	211,0	211,7	-0,7	211,9	212,8	-0,9
Vieillesse	236,6	236,4	0,2	236,9	236,6	0,4
Famille	51,0	49,7	1,3	50,5	50,1	0,4
AT-MP	14,0	13,5	0,5	14,2	13,3	0,9
Total *	498,9	497,7	1,3	499,9	499,2	0,7
Total incluant le FSV*	496,1	498,3	-2,2	498,2	499,6	-1,4

\* Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2018 et PLFSS 2019.

- *Les soldes montrent des rectifications contrastées en fonction des risques*

Trois branches sur quatre font l'objet d'une rectification supérieure à 100 millions d'euros, dans des sens contraires :

– ainsi les soldes des branches maladie et famille sont dégradés respectivement de 200 et de 900 millions d'euros par rapport à ce que la dernière loi de financement avait prévu ;

– les branches vieillesse et accidents du travail-maladies professionnelles ont réussi à dégager des excédents supérieurs à ce qui était attendu, respectivement de 200 et 400 millions d'euros.

Au total, les comptes des régimes se sont donc détériorés de 500 millions d'euros par rapport aux prévisions, et c'est la situation financière meilleure que prévue du FSV qui a permis à l'ensemble du périmètre de réaliser un meilleur résultat qu'attendu.

- *Une amélioration du solde tirée par des recettes plus élevées qu'attendu grâce à un marché de l'emploi toujours favorable*

L'amélioration des soldes est notamment due à des recettes plus élevées qu'attendu, à hauteur de 2,1 milliards d'euros, excédant ainsi le surcroît de dépenses (+ 1,3 milliard d'euros). Elle est donc étroitement liée à une conjoncture économique qui est restée favorable en 2018, et notamment à une augmentation de la masse salariale plus importante que prévue (+ 3,5 % au lieu de + 3,1 % prévu en LFSS pour 2018). On peut noter que l'hypothèse de croissance finalement retenue en 2018 (+ 1,7 %), inférieure à celle qui a été adoptée dans le programme de stabilité transmise à la Commission européenne en avril, est identique à celle qui était envisagée dans la dernière LFSS.



- *Des dépenses également supérieures aux prévisions en raison du regain de l'inflation*

Les dépenses de prestations qui constituent l'essentiel des charges des régimes obligatoires et du fonds de solidarité vieillesse (96 %) ont en revanche contribué défavorablement à la nouvelle prévision. Elles ont ainsi augmenté de 2,3 % au lieu de 2,1 % prévu en LFSS pour 2018. Ceci résulte d'une mécanique économique bien connue : l'inflation a été nettement supérieure à ce qui était attendu (1,6 % au lieu de 1,0 %), tirant ainsi le niveau de prestations vers le haut, à travers les mécanismes de revalorisation, notamment des pensions de retraite, et de prix pour les prestations maladie.

### ***b. Un redressement significatif des comptes en 2018***

• Le redressement des comptes par rapport à l'année 2017, globalement conforme aux prévisions mérite un commentaire plus synthétique du rapporteur, l'essentiel ayant été décrit dans le rapport de l'année précédente.

La comparaison avec le résultat constaté en 2017 témoigne d'un redressement très significatif des comptes en 2018, dont le tableau ci-après décrit les modalités :

	Réalisé (2017)			Prévisions révisées		
	(PLFSS 2018)			(PLFSS 2019)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
<b>Maladie</b>	203,1	208,0	-4,9	211,9	212,8	-0,9
<b>Vieillesse</b>	232,7	230,7	2,0	236,9	236,6	0,4
<b>Famille</b>	49,8	50,0	-0,2	50,5	50,1	0,4
<b>AT-MP</b>	14,4	13,2	1,2	14,2	13,3	0,9
<b>Total*</b>	486,2	488,1	-1,9	499,9	499,2	0,7
<b>Total incluant le FSV*</b>	483,7	488,6	-4,8	498,2	499,6	-1,4

La réduction du déficit des comptes sociaux s'est ainsi accélérée grâce à une baisse de 3,5 milliards d'euros par rapport à 2017.

Elle résulte notamment d'une importante diminution du déficit de la branche assurance maladie (+ 4,0 milliards d'euros), qui surcompense largement la dégradation des comptes des branches vieillesse (- 1,7 milliard d'euros) et AT-MP (- 300 millions d'euros).

La hausse des recettes (+ 14,5 milliards d'euros), supérieure à celle des dépenses (+ 11 milliards d'euros), a joué un rôle essentiel dans cette évolution. Elle a été particulièrement favorable pour la branche maladie, puisque celle-ci a été « gagnante » à hauteur de 2,6 milliards d'euros des mesures nouvelles en recettes pour l'exercice 2018 (+ 2,2 milliards d'euros dans le cadre de la hausse de la CSG et + 400 millions d'euros issus d'autres hausses nettes de fiscalité).

LA DÉCOMPOSITION DE L'AMÉLIORATION DU SOLDE DES ROBSS EN 2018 PAR RAPPORT À 2017

<b>Maladie</b>	+4,0
<b>Vieillesse</b>	-1,7
<b>Famille</b>	+0,6
<b>AT-MP</b>	-0,3
<b>FSV (1)</b>	+2,6
<b>Total avec FSV</b>	+3,5

● Ces soldes tiennent compte de deux mesures de « petite rétroactivité » : la réintégration de la suppression du fonds de l'innovation pharmaceutique pour un surcoût de 100 millions d'euros et de la non-compensation du crédit d'impôt de taxe sur les salaires au présent article pour 600 millions d'euros (voir ci-dessous).

## 2. Un retour historique à l'équilibre pour le régime général

Le 2° porte rectification, pour le régime général, des prévisions de recettes fixées par la loi de financement pour 2018, des objectifs de dépenses afférents et du tableau d'équilibre, ces données étant mises en regard, dans le tableau ci-après, des corrections que propose d'y apporter cet article.

TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2018 DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2017)			Prévisions révisées (LFSS 2018)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
<b>Maladie</b>	209,9	210,6	-0,7	210,4	211,3	-0,9
<b>Vieillesse</b>	133,9	133,6	0,2	134,5	133,7	0,8
<b>Famille</b>	51	49,7	1,3	50,5	50,1	0,4
<b>AT-MP</b>	12,6	12,2	0,4	12,8	12,0	0,8
<b>Total *</b>	394,3	393	1,2	395,2	394,1	1,1
<b>Total (avec FSV)</b>	392,5	394,8	-2,2	394,6	395,7	-1,0

\* Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2017 et PLFSS 2018.

Le régime général représentant l'essentiel du volume financier des régimes obligatoires, et l'intégralité ou de la quasi-intégralité dans deux des quatre branches (famille et maladie depuis la mise en place de la PUMA), et assurant l'intégration financière de nombreux autres régimes, le commentaire de sa

(1) Le FSV n'est pas présent dans le 2° de l'article mais intégré dans le sous-total depuis la LFSS 2017, ce qui contribue à la lisibilité des soldes. Il est encore présenté séparément dans le 3° du présent article comme seul organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

situation financière ne peut complètement s’isoler de l’évolution de l’ensemble des autres régimes.

Toutefois, l’exercice 2018 appelle quelques observations spécifiques :

– La première et non des moindres est que le régime général se trouve pour la première fois depuis 2000 en excédent, à l’instar de l’ensemble des régimes obligatoires. Si ce résultat est à mettre en regard du déficit persistant du fonds de solidarité vieillesse, le rapporteur souhaite souligner son caractère historique et symbolique : les prestations prises en charge par le régime général, en déficit continu depuis presque vingt ans, sont entièrement financées par les produits courants, et non par de l’endettement supplémentaire.

– l’architecture de la sécurité sociale telle que nous la connaissons induit encore des disparités entre le champ du régime général et celui des régimes obligatoires : ainsi, les situations de la CNAV du régime général se sont moins détériorées que l’ensemble des régimes assurant ce risque (– 1 milliard d’euros par rapport à 2017, contre – 1,7 pour l’ensemble des ROBSS) ; ces écarts sont principalement dus à la dégradation de la situation de certains régimes de bases autres que le régime général.

### 3. Le fonds de solidarité vieillesse, la caisse d’amortissement de la dette sociale et le fonds de réserve pour les retraites en 2018

#### a. Le fonds de solidarité vieillesse

Le 3° porte rectification, pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base (c’est-à-dire le seul FSV), du tableau d’équilibre, tel qu’approuvé par l’article 33 de la loi de financement pour 2018, ces données étant mises en regard, dans le tableau ci-après, des corrections qu’il est proposé d’y apporter.

**TABLEAU D’ÉQUILIBRE 2018 DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE**

(en milliards d’euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2018)			Prévisions révisées (PLFSS 2019)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
FSV	15,8	19,3	– 3,5	16,8	18,9	– 2,1

Sources : LFSS 2018 et PLFSS 2019.

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont les recettes, assises exclusivement sur les revenus du capital, et les charges, (11 milliards de prise en charge des cotisations au titre du chômage) sont particulièrement sensibles à la conjoncture économique a bénéficié d’un contexte économique meilleur que prévu. Malgré des pertes de recettes <sup>(1)</sup>, la hausse de l’activité salariée en dépenses

(1) La LFSS pour 2018 a en effet prévu, dans le cadre de la hausse de la CSG, la rétrocession à l’État d’une fraction de 0,23 point de prélèvement social sur les revenus du capital.

et du rendement de la CSG sur le capital en recettes lui permettrait de réaliser un exercice meilleur que prévu en LFSS pour 2018 (+ 1,4 milliard d’euros).

Au-delà de ces éléments conjoncturels, le fonds bénéficie également depuis la LFSS pour 2017 du transfert progressif du MICO (– 30,4 % en 2018), ce qui lui permet de poursuivre, une phase d’amélioration (+ 0,9 milliard d’euros par rapport à l’exécution précédente).

### ***b. La caisse d’amortissement de la dette sociale***

Le 4° prévoit un objectif d’amortissement de 15,4 milliards d’euros, légèrement supérieur à ce qui était prévu en PLFSS pour 2018 (15,2 milliards d’euros). L’écart résulte de meilleures conditions de financement que ce qui était attendu alors.

L’amortissement cumulé s’élèverait, fin 2018, à 155,1 milliards d’euros, soit près de 60 % de la dette reprise. L’ensemble des dettes sociales reprises par la CADES depuis sa création en 1996 s’élèveraient à la même date à 260,5 milliards d’euros, 105,4 milliards d’euros resteraient donc à amortir, soit 5 points de PIB.

En 2018, la CADES n’a pas repris de dette, le plafond prévu en PLFSS pour 2011 pour la période 2011-2018 ayant été saturé dès 2016. Au 31 juillet 2018, la CADES se refinançait au de 1,92 % sur 10 ans, un peu supérieur au taux, historiquement bas, dont elle bénéficiait un an auparavant (1,62 %).

Les dernières simulations de la CADES prévoient toujours le remboursement de l’intégralité de la dette transférée pour 2024, comme prévu par l’article 4 *bis* de la loi organique du 2 août 2005 relatif aux lois de financement de la sécurité sociale.

### ***c. Le fonds de réserve pour les retraites***

Depuis que la loi du 9 novembre 2010<sup>(1)</sup> a transformé le FRR en fonds fermé, aucune recette ne lui est affectée, ce que confirme le 5°.

La mission du FRR est désormais de verser à la CADES, en avril de chaque année, 2,1 milliards d’euros, de 2011 à 2024, soit un total de 29,4 milliards d’euros.

Au 30 juin 2018, soit après déduction du versement annuel de 2,1 milliards d’euros, la valeur de marché du portefeuille du FRR s’élevait à 34,2 milliards d’euros, soit environ 1,2 milliard de moins que l’année précédente.

## **4. La non-compensation du crédit d’impôt de taxe sur les salaires**

La création du crédit d’impôt de taxe sur les salaires par la loi de finances pour 2017<sup>(1)</sup> répondait au besoin de transposer le crédit d’impôt compétitivité

---

(1) Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

emploi au secteur non lucratif qui ne pouvait pas par construction bénéficier d'un crédit d'impôt sur les bénéfices.

Le II prévoit comme en 2017 la non-compensation du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) en 2018 pour un montant de 600 millions d'euros. L'imputation sur l'exercice 2018 est due à l'application en droit de la sécurité sociale de la comptabilité en droits constatés, même si le crédit ne sera liquidé qu'en janvier 2018 au moment de la régularisation du montant de taxe sur les salaires dû au titre de 2017.

Cette non-compensation est à la fois ponctuelle et définitive puisque le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires sera supprimé en 2019 au profit de la mesure sur les allègements généraux.

\*  
\* \*

### *Article 6*

#### **Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2018**

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 6 rectifie les prévisions de l'ONDAM pour l'année en cours, à partir desquelles se construit l'ONDAM pour 2018. Une évolution à 2,3 % par rapport à 2017 devrait se confirmer.

● Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en application des dispositions organiques définissant leur contenu.

##### **B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale <sup>(2)</sup>**

*« B.-Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale :*

*(...) 2° Rectifie les objectifs de dépenses par branche de ces régimes, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale »*

● Cet article, en s'appuyant sur les prévisions de dépenses présentées par la Commission des Comptes de la Sécurité sociale du 25 septembre dernier, confirme l'horizon d'un ONDAM 2018 conforme à celui voté en PLFSS

---

(1) Article 88 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016.

(2) Dont la rédaction est pour l'essentiel issue de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), comme du reste l'ensemble des dispositions organiques définissant le cadre des LFSS.

pour 2018, sous réserve de quelques mesures d'ajustement au sein des sous-objectifs, comme en témoigne le tableau suivant :

(en milliards d'euros)

	Prévisions PLFSS 2017	Prévisions révisées PLFSS 2018
Dépenses de soins de ville	88,9	89,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	80,7	80,5
Établissements et services médico-sociaux	20,5	20,3
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	9,3	9,2
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	11,2	11,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,4	3,3
Autres prises en charge	1,8	1,7
<b>Total</b>	<b>195,2</b>	<b>195,4</b>

Source : annexes 7 de la LFSS 2018 et du PLFSS 2 019

Cette comparaison affiche en apparence un dépassement de l'ONDAM initialement prévu de moins de 200 millions d'euros. Cet écart résulte en réalité d'un re-basage dû à la suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) par l'article 4 du présent projet loi, qui prenait en charge des dépenses de médicaments hors ONDAM. Sa suppression, dont l'objet est de rendre la présentation de ce dernier plus complète et plus sincère, conduit donc à réintégrer dans le champ des dépenses qui en avaient été artificiellement sorties.

- À champ constant, l'ONDAM sera donc tenu, moyennant quelques ajustements devenus assez communs au sein des sous-objectifs :

- le dépassement des dépenses du poste « ville » devrait s'élever à 560 millions d'euros, hors effet de la réintégration du FFIP, en raison d'un effet de base 2017 (+ 375 millions d'euros) et d'une dynamique forte des dépenses de médicaments, d'indemnités journalières et de dispositifs médicaux (+ 185 millions d'euros).

- ce dépassement est partiellement compensé par une sous-exécution de 105 millions d'euros du sous-objectif « établissements de santé » en raison d'une activité plus faible qu'attendu ;

- l'écart de 455 millions d'euros serait compensé par des annulations de crédits : 200 millions d'euros pour les établissements de santé, 200 millions d'euros au niveau de l'ONDAM médico-social, 45 millions d'euros pour le fonds d'intervention régional et 10 millions d'euros sur d'autres prises en charge.

\*

\* \*

**TROISIÈME PARTIE :  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA  
SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019**

**TITRE I<sup>ER</sup>  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA  
TRÉSORERIE**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>  
Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs**

*Article 7*  
**Exonération de cotisations sociales salariales  
sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 7 instaure une exonération totale de cotisations sociales salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires. Il réintroduit ainsi – en l'aménageant – l'exonération sociale mise en œuvre entre 2007 et 2012, sous l'empire de la loi « travail, emploi, pouvoir d'achat » (TEPA).

Les cotisations salariales de sécurité sociale au sens strict se limitant désormais à la seule assurance vieillesse, le dispositif prévoit d'étendre l'exonération à un montant équivalent à l'ensemble des cotisations dues au titre de la retraite complémentaire.

Le coût de l'exonération en année pleine est estimé à 2 milliards d'euros, supporté en quasi-totalité par la branche vieillesse du régime général – cette dernière bénéficiant à ce titre d'un transfert interne à la sécurité sociale, *via* l'attribution d'une fraction de taxe sur les salaires jusqu'alors affectée à la branche famille.

L'exonération bénéficiera à tout salarié – à temps complet ou à temps partiel –, qu'il relève du régime général ou du régime agricole, et à l'ensemble des agents publics. Elle évite l'écueil d'un dispositif centré sur les seuls ménages assujettis à l'impôt sur le revenu – contrairement à l'exonération fiscale – et reste contenue budgétairement – la restriction aux seules cotisations retraite permettant d'en limiter le coût.

L'exonération sociale s'accompagnera d'un gain immédiat et substantiel de pouvoir d'achat à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2019, date d'entrée en vigueur de la mesure. Dès deux heures supplémentaires hebdomadaires, un salarié rémunéré au niveau du SMIC verrait ainsi son salaire net augmenté de 155 euros par an.

Cette mesure s'inscrit ainsi dans le prolongement direct des dispositions adoptées depuis le début de la législature en faveur du pouvoir d'achat et de la rémunération du travail, avec en premier lieu la suppression des cotisations sociales salariales maladie et chômage dans la LFSS pour 2018.

## I. UN SOUTIEN RÉSOLU AU POUVOIR D'ACHAT TRADUISANT UN ENGAGEMENT DE CAMPAGNE

« Nous rétablirons les exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires ». Engagement de campagne du Président de la République, le rétablissement de l'exonération de cotisations sociales salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires entrera en vigueur dès le 1<sup>er</sup> septembre 2019.

Mobilisant 2 milliards d'euros en année pleine, cette mesure constitue un soutien direct et attesté par l'expérience en faveur du pouvoir d'achat des actifs. Conjuguée à la déduction forfaitaire de cotisations sociales patronales, elle est un double levier de pouvoir d'achat et de soutien à la reprise économique.

### A. UN GAIN SIGNIFICATIF DE POUVOIR D'ACHAT DÈS LE 1<sup>ER</sup> SEPTEMBRE 2019

Le gain de pouvoir d'achat associé à l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires et complémentaires fait l'objet d'un large consensus. Il a ainsi été vérifié empiriquement avec l'application de la loi du 21 août 2007 dite « loi TEPA »<sup>(1)</sup>.

#### **La triple exonération prévue par la loi « TEPA »**

La loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat reposait sur une triple exonération destinée à promouvoir la réalisation d'heures supplémentaires et complémentaires :

- l'exonération fiscale, tout d'abord, qui correspond à l'exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations perçues au titre des heures supplémentaires et complémentaires ;
- l'exonération sociale salariale, ensuite, prenant la forme d'une exonération de cotisations et de contributions sociales salariales sur les rémunérations perçues au titre des mêmes heures (cf. *infra*) ;
- l'exonération sociale patronale, enfin, ouverte aux employeurs d'ores et déjà éligibles à l'allègement général de cotisations sociales patronales, au titre des rémunérations versées en contrepartie de la réalisation d'heures supplémentaires.

Le coût total du dispositif était estimé à 5 milliards d'euros, se décomposant en 1,5 milliard au titre de l'exonération fiscale et 3,5 milliards d'euros au titre de l'exonération sociale.

L'essentiel de ce dispositif a été abrogé par la deuxième loi de finances rectificative pour 2012. Seule la déduction forfaitaire de cotisations sociales patronales dans les entreprises de moins de 20 salariés a été maintenue.

---

(1) Loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.



● L'exonération sociale s'accompagne d'un gain net de rémunération, constaté dès la fin du mois au titre duquel les heures supplémentaires ou complémentaires ont été effectuées.

Pour un salarié à temps complet rémunéré au niveau du SMIC, le gain généré par 200 heures supplémentaires sur une année – soit une moyenne de quatre heures supplémentaires par semaine –, rémunérées au taux supplétif de 25 %, est de près de 300 euros.

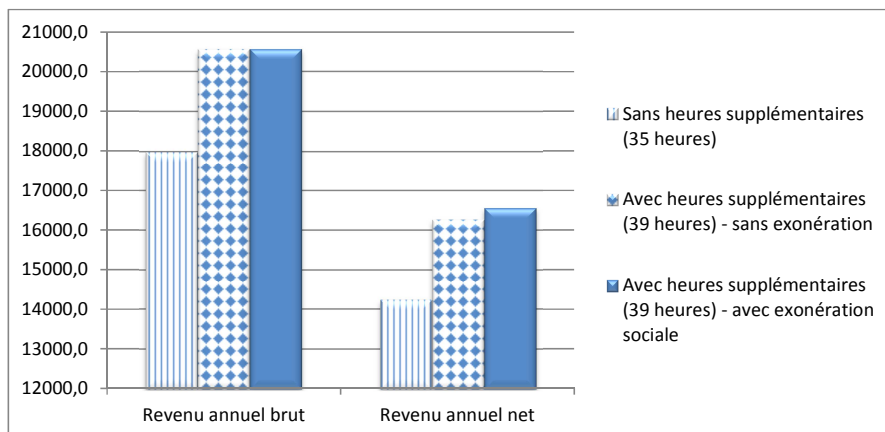
**EFFETS DE L'EXONÉRATION SOCIALE DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES  
SUR UN SALAIRE ANNUEL AU NIVEAU DU SMIC**

(en euros)

	Revenu annuel brut	Revenu annuel net*
Sans heures supplémentaires (35 heures)	17 982	14 234,6
Avec heures supplémentaires (39 heures) – sans exonération	20 550,9	16 268,1
Avec heures supplémentaires (39 heures) – avec exonération sociale**	20 550,9	16 558,6

\* : Net = déduction faite des cotisations sociales.

\*\* : L'exonération portant sur les cotisations et contributions dues au titre de la retraite, l'application des taux de CSG et de CRDS sur une assiette de 98,25 % du salaire est maintenue.



Source : Commission des affaires sociales.

● L'exonération sociale sur le recours aux heures supplémentaires devrait être particulièrement bénéfique aux salariés se situant dans la fourchette basse ou moyenne des revenus.

Les statistiques relatives aux recours aux heures supplémentaires selon la tranche de revenu font ainsi apparaître une forte mobilisation pour les salaires inférieurs à la médiane.

**TAUX DE RECOURS AUX HEURES SUPPLÉMENTAIRES  
PAR TRANCHE DE REVENUS**

Inférieur au 1 <sup>er</sup> quartile	53 %
Compris entre le 1 <sup>er</sup> quartile et la médiane	59 %
Compris entre la médiane et le 3 <sup>e</sup> quartile	51 %
Supérieur au 3 <sup>e</sup> quartile	31 %

Source : DARES, 2015, à partir de l'enquête INSEE-DARES sur le coût de la main d'œuvre et la structure des salaires (Ecmoss).

Un bénéfice identique peut être observé s'agissant de la catégorie socio-professionnelle. Ainsi, le taux de recours aux heures supplémentaires par les ouvriers est plus de trois fois supérieur à celui des cadres et des professions intellectuelles supérieures.

**TAUX DE RECOURS AUX HEURES SUPPLÉMENTAIRES  
PAR CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE**

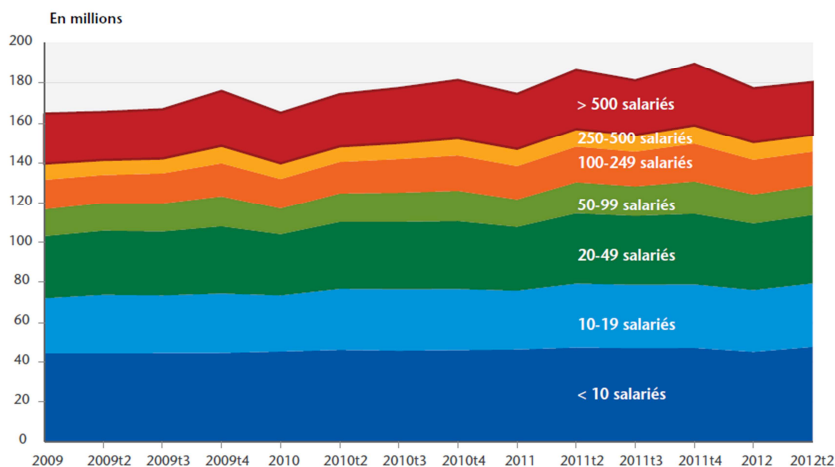
Ouvriers	69 %
Employés	47 %
Professions intermédiaires	40 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	22 %

Source : DARES, 2015, à partir de l'enquête INSEE-DARES sur le coût de la main d'œuvre et la structure des salaires (Ecmoss).

S'agissant de l'effectif de l'entreprise, enfin, l'exonération devrait bénéficier dans de larges proportions aux salariés des TPE-PME. Durant l'application de la loi « TEPA », près d'une heure supplémentaire sur quatre était effectuée dans une entreprise de moins de 10 salariés. Cette proportion s'élevait à près de la moitié pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Plutôt que nécessitant une embauche pérenne, l'augmentation de la demande et des commandes peut apparaître temporaire ou incertaine. Il n'y a donc pas lieu d'opposer l'augmentation du nombre d'heures supplémentaires à la création d'emploi, mais d'identifier le besoin spécifique de réactivité auquel répond le recours aux heures supplémentaires.

### NOMBRE TRIMESTRIEL D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES SELON L'EFFECTIF DE L'ENTREPRISE



Source : OFCE, à partir des données de l'ACOSS.

## B. UN DISPOSITIF PORTÉ FINANCIÈREMENT PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

- Le coût de la mesure est estimé à deux milliards d'euros en année pleine. L'éligibilité simultanée des salariés – agricoles compris – et des agents publics conduit à répartir le financement entre les différents régimes obligatoires, dans les proportions déclinées ci-dessous.

### IMPACT FINANCIER DE L'EXONÉRATION DE COTISATIONS SOCIALES SALARIALES

(en milliards d'euros)

Année	2019	2020	2021
<b>Coût global</b>	- 0,65	- 1,96	- 2,03
<b>Dont CNAV</b>	- 0,61	- 1,86	- 1,92
<b>Dont CNRACL</b>	- 0,02	- 0,05	- 0,05
<b>Dont État</b>	- 0,02	- 0,06	- 0,06

Source : Étude d'impact du PLFSS pour 2019.

- Au-delà des coûts déclinés dans le tableau *supra*, issu de l'étude d'impact de l'article 7, une perte de recettes sera également supportée par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), sans que des précisions n'aient été apportées par le Gouvernement sur son niveau. Selon les informations transmises par la CCMSA au rapporteur général, le coût de la mesure en année pleine s'élèverait à près de 60 millions d'euros. Il se situerait entre 18 et 20 millions d'euros pour la première année d'application.

En outre, ce coût sera légèrement abaissé par le surcroît de recettes fiscales au titre de l'impôt sur le revenu (IR), assimilable à un « effet retour IR ». Ces

recettes supplémentaires devraient s'élever à 50 millions d'euros en 2019 et 170 millions d'euros en année pleine, aux termes des données transmises par le Gouvernement au rapporteur général.

- La perte de recettes induite par cette exonération de cotisations sociales salariales ne sera pas compensée par l'État à la sécurité sociale.

Conformément à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi dite « Veil » du 25 juillet 1994 <sup>(1)</sup>, toute non-compensation totale ou partielle d'une réduction ou exonération de cotisations sociales doit être prévue par une disposition législative expresse et inscrite en loi de financement de la sécurité sociale. L'article 19 du présent projet de loi relatif aux relations financières entre l'État et la sécurité sociale prévoit ainsi l'absence de compensation à la sécurité sociale des pertes de recettes résultant de l'exonération de cotisations d'assurance vieillesse <sup>(2)</sup>. Pour ce faire, il inclut l'exonération sociale sur les heures supplémentaires et complémentaires dans le champ de non-compensation explicitement prévu au dernier alinéa de l'article L. 131-7 précité.

Cette non-compensation de l'exonération n'équivaut toutefois pas à l'absence de transfert financier ni, *a fortiori*, à la dégradation des comptes de l'assurance vieillesse. Le même article 19 du PLFSS pour 2019 prévoit en effet l'affectation des recettes supplémentaires à la branche vieillesse du régime général. Plutôt qu'un transfert de l'État, l'option retenue est celle d'une « *compensation en interne* », au sein du régime général de la sécurité sociale, de la branche famille vers la branche vieillesse.

En l'espèce, la fraction de la taxe sur les salaires affectée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) augmentera de 38,48 % à 46,34 % en 2019, se traduisant par une recette supplémentaire de 643 millions d'euros. Cette part augmentera de nouveau en 2020 – de 46,34 % à 53,10 % – afin d'accompagner la montée en charge de l'exonération sociale et son coût en année pleine.

### **C. UN OUTIL QUI SE CONJUGUE À LA DÉDUCTION FORFAITAIRE DE COTISATIONS PATRONALES**

Outre le volet salarial évoqué *supra*, l'exonération sociale introduite par la loi « TEPA » reposait sur un second pilier, aménagé par la suite : la déduction forfaitaire de cotisations sociales patronales.

Il s'agissait alors d'amplifier le recours aux heures supplémentaires en incitant l'employeur à allonger la durée de travail. Fixé par décret, le montant de la déduction s'élevait à 0,5 euro pour les entreprises de plus de 20 salariés, et 1,5 euro dans celles de moins de 20 salariés.

---

(1) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

(2) Le détail des transferts ici visés est présenté au commentaire de l'article 19, *infra*.

Seule la déduction ouverte aux employeurs de moins de 20 salariés subsiste aujourd'hui. La deuxième loi de finances rectificative pour 2012 <sup>(1)</sup> a en effet supprimé le volet applicable aux effectifs supérieurs, davantage marqué par les effets d'aubaine.

#### **La déduction forfaitaire de cotisations sociales patronales**

Les heures supplémentaires effectuées dans les entreprises de moins de 20 salariés ouvrent droit à une déduction forfaitaire de cotisations sociales patronales.

Contrairement à la réduction générale de cotisations patronales, applicable aux rémunérations inférieures à 1,6 SMIC, la déduction forfaitaire s'applique quel que soit le montant de la rémunération. Son montant est fixé à 1,50 euro par heure effectuée. Il s'impute sur l'ensemble des cotisations et contributions sociales patronales dues par l'employeur au titre de la rémunération du salarié. Il ne peut toutefois pas conduire à un niveau négatif de cotisations patronales, étant plafonné au montant des cotisations dues.

La déduction bénéficie tant aux heures supplémentaires effectuées dans un cadre classique qu'à celles incluses dans une convention de forfait hebdomadaire ou mensuel en heures et à celles effectuées au-delà de ces forfaits. S'agissant des salariés en convention de forfait en heures sur l'année, les heures éligibles sont celles effectuées au-delà de 1 607 heures.

Dans le cas d'un salarié relevant d'une convention de forfait en jours sur l'année, enfin, la déduction s'applique aux jours de repos auxquels renonce un salarié au-delà de 218 jours. Son montant est alors de 10,50 euros par jour de repos renoncé.

Afin de ne pas encourager le recours accru au temps partiel, la déduction n'est pas ouverte aux heures complémentaires et se limite donc aux seules heures supplémentaires.

Le rétablissement de l'exonération sociale salariale vient ainsi compléter la déduction forfaitaire en vigueur et s'inscrit plus largement dans la politique de valorisation du travail initiée par la majorité.

## **II. L'EXONÉRATION TOTALE DE COTISATIONS SOCIALES SALARIALES SUR LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET COMPLÉMENTAIRES**

Avant d'analyser le dispositif d'exonération retenu, qui diffère de celui en vigueur sous l'empire de la loi «TEPA», il convient de rappeler le cadre applicable aux heures supplémentaires et complémentaires, ouvrant elles-mêmes droit à des contreparties et des majorations.

### **A. LE RÉGIME JURIDIQUE DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET COMPLÉMENTAIRES**

La durée légale de travail – fixée à 35 heures aux termes de l'article L. 3121-27 du code du travail – ne constitue ni un plancher, ni un plafond.

---

(1) Loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012.

Y déroger implique néanmoins de respecter les exigences propres à la réglementation de la durée du travail – notamment les durées maximales de travail et de repos quotidien et hebdomadaire – et s’accompagne de contreparties spécifiques.

### **1. Le cadre applicable aux heures supplémentaires**

*« Toute heure accomplie au-delà de la durée légale hebdomadaire ou de la durée considérée comme équivalente est une heure supplémentaire qui ouvre droit à une majoration salariale ou, le cas échéant, à un repos compensateur équivalent. »*

En dépit de leur définition resserrée à l’article L. 3121-28 du code du travail, les heures supplémentaires répondent à une construction propre qui définit à la fois les conditions de mise en œuvre et de calcul, la rémunération associée et les contreparties obligatoires au-delà du contingent annuel. Les différentes formes d’aménagement et d’organisation du temps de travail conduisent notamment à en adapter le fonctionnement.

#### ***a. L’initiative et le décompte des heures supplémentaires***

- Les heures supplémentaires sont ouvertes à tout salarié soumis à la réglementation de la durée du travail, à l’exception des salariés sous convention de forfait en jours <sup>(1)</sup>.

Leur mise en œuvre résulte d’une demande ou d’un accord de l’employeur. Ce dernier peut à la fois :

- imposer le recours à des heures supplémentaires, en raison des nécessités de l’entreprise. Effectuées dans la limite d’un contingent, ces heures n’entraînent pas la modification du contrat de travail ;

- réduire voire supprimer unilatéralement le recours à ces heures supplémentaires. À l’exception d’un volume d’heures prédéterminé dans une convention de forfait ou par garantie contractuelle, il n’existe donc pas de droit acquis à l’exécution d’heures supplémentaires.

- Elles sont décomptées à partir de la durée légale hebdomadaire ou de la durée considérée comme équivalente.

Ce décompte s’effectue par semaine travaillée. Néanmoins, des dérogations à ce cadre hebdomadaire sont prévues en cas de convention de forfait

---

(1) Une convention de forfait annuel en jours vise à tenir compte de la situation spécifique des cadres disposant d’une autonomie dans l’organisation de leur emploi du temps et des salariés dont la durée du travail ne peut pas être prédéterminée et disposant d’une réelle autonomie. Nécessairement prévue par accord collectif, la convention de forfait détermine le nombre de jours travaillés, dans la limite de 218 jours.

en heures sur l'année ou sur le mois, ou pour les travailleurs à domicile et les personnels roulants du transport routier.

***b. La rémunération majorée des heures supplémentaires***

● La majoration des heures supplémentaires diffère selon la conclusion ou non d'une convention ou d'un accord collectif :

– le taux minimum de majoration est fixé à 10 % en cas de conclusion d'une convention ou d'un accord collectif d'entreprise ou d'établissement – ou, à défaut, de branche ;

– à défaut d'un tel accord, ce taux est fixé à 25 % pour chacune des huit premières heures, puis 50 % pour chaque heure effectuée au-delà.

● Le repos compensateur constitue une alternative au paiement des heures supplémentaires et à leur majoration.

Tout ou partie de ces heures peuvent ainsi être remplacées par un repos équivalent, défini par convention ou accord collectif d'entreprise ou d'établissement – ou, à défaut, de branche. Le cas échéant, ce repos compensateur s'ajoute à la contrepartie obligatoire en repos.

***c. Les contreparties obligatoires au-delà du contingent annuel***

● La définition d'un contingent annuel d'heures supplémentaires permet de fixer un point de départ au déclenchement de la contrepartie obligatoire en repos. L'ensemble des salariés entrent dans son champ, à l'exception de ceux relevant d'une convention de forfait en heures sur l'année ou en jours et des cadres dirigeants.

La fixation du contingent relève de la négociation collective, avec en premier lieu une négociation d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, de branche. À défaut d'accord, les dispositions supplétives fixent le contingent à 220 heures.

● Seules les heures supplémentaires effectuées au-delà du contingent annuel ouvrent droit à une contrepartie en repos. Leurs conditions d'accomplissement et les caractéristiques et conditions de prise de la contrepartie en repos peuvent être définies par une convention ou un accord d'entreprise ou d'établissement – ou, à défaut, de branche.

Les heures supplémentaires effectuées dans la limite du contingent n'ouvrent pas droit à cette contrepartie, à l'exception du cas où une convention ou un accord collectif le prévoit.

● La contrepartie obligatoire en repos s'ajoute à la rémunération des heures au taux majoré ou au repos compensateur de remplacement. Elle est assimilée à une durée de travail effectif, donnant lieu à une indemnisation.

Sa durée est fixée à :

- 50 % des heures supplémentaires effectuées dans les entreprises de moins de 20 salariés ;
- 100 % de ces mêmes heures dans les entreprises de plus de 20 salariés.

Un accord ou une convention collective peut néanmoins prévoir des stipulations plus favorables.

## **2. Le cadre applicable aux heures complémentaires**

● Les heures complémentaires correspondent au régime miroir des heures supplémentaires dans le cas d'un contrat à temps partiel.

Elles recouvrent donc les heures effectuées au-delà de la durée de travail prévue par le contrat. Un accord collectif peut porter le nombre d'heures complémentaires jusqu'au tiers de la durée contractuelle. À défaut d'accord collectif, le droit supplétif fixe cette limite à 10 % de cette même durée contractuelle.

En toute hypothèse, les heures complémentaires ne peuvent en aucun cas avoir pour effet de porter la durée de travail au niveau de la durée légale ou, si elle est inférieure, de la durée conventionnelle.

● Le régime de majoration des heures complémentaires diffère de celui prévu pour les heures supplémentaires :

- toute heure complémentaire effectuée dans la limite de 10 % de la durée contractuelle de travail voit sa rémunération majorée de 10 % ;
- les rémunérations versées au titre des heures effectuées au-delà de cette limite sont majorées, à titre supplétif, de 25 %. Une convention ou un accord de branche peut néanmoins prévoir un taux inférieur, au moins égal à 10 %. Un accord d'entreprise peut également prévoir un taux de majoration spécifique, à condition d'assurer des garanties au moins équivalentes à celles prévues par l'accord de branche, ou en l'absence de conclusion d'un accord de branche sur ce thème.

## **B. L'INSTAURATION D'UNE EXONÉRATION TOTALE DE COTISATIONS SOCIALES SALARIALES SUR LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET COMPLÉMENTAIRES**

L'article 7 réintroduit un article L. 241-17 du code de la sécurité sociale – tel qu'instauré en 2007 et abrogé en 2012 – en l'aménageant.

Le **I** définit le fait générateur, l'assiette et le taux de l'exonération de cotisations sociales salariales.



Les **II** et **III** procèdent à des modifications de coordination.

Le **IV** prévoit l'entrée en vigueur du dispositif au 1<sup>er</sup> septembre 2019.

### **1. Le fait générateur de l'exonération**

Contrairement au dispositif antérieur, qui renvoyait au fait générateur de l'exonération fiscale des heures d'ores et déjà définies dans le code général des impôts, la nouvelle rédaction inscrit « en dur » dans le code de la sécurité sociale les heures supplémentaires et complémentaires ouvrant droit à une exonération de cotisations sociales salariales.

● Sont ainsi visés au I du nouvel article L. 241-17 :

– les heures supplémentaires « classiques », c'est-à-dire celles effectuées au-delà de la durée légale de 35 heures et définies aux articles L. 3121-28 à L. 3131-39 du code du travail (1°). Celles effectuées par les salariés ayant signé une convention de forfait en heures sur la semaine ou le mois entrent dans ce cadre ;

– les heures supplémentaires spécifiques aux salariés ayant signé une convention de forfait annuel en heures pour les heures effectuées au-delà de 1 607 heures. Il s'agit ici des salariés cadres non dirigeants et des non-cadres autonomes (1°) ;

– les heures accomplies au-delà de la durée légale – ou de celle définie par accord collectif – par les salariés ayant demandé le bénéfice d'une réduction de la durée de travail pour besoins personnels (2°) ;

– les heures effectuées au-delà de la période de référence pour les salariés travaillant dans une entreprise ayant mis en place un dispositif d'aménagement du temps de travail (3°) :

- en cas de période de référence annuelle, l'heure supplémentaire est celle effectuée au-delà de 1 607 heures ;
- en cas de période de référence infra ou supra-annuelle, l'heure supplémentaire est celle effectuée au-delà d'une durée hebdomadaire moyenne de 35 heures calculée sur la période de référence. Lorsque la durée annuelle fixée par l'accord est inférieure à 1 607 heures, l'heure supplémentaire effectuée en-deçà de ce seuil n'est pas éligible à l'exonération <sup>(1)</sup> ;

– les jours de travail effectués à la place des jours de repos – lorsque le salarié y a renoncé – au-delà de 218 jours, dans le cadre de conventions de forfait

---

(1) À titre d'exemple, en cas d'accord collectif d'annualisation fixant un temps de travail annuel de 1 600 heures, un salarié effectuant 1 615 heures bénéficiera d'une exonération portant sur 8 heures travaillées.

annuel en jours (4°). La majoration de la rémunération applicable à ce temps de travail supplémentaire est fixée par avenant à la convention individuelle de forfait et ne peut être inférieure à 10 % ;

– les heures complémentaires effectuées par les salariés à temps partiel (5°) ;

– les heures supplémentaires effectuées par les salariés des particuliers employeurs (6°) ;

– les heures supplémentaires ou complémentaires effectuées par les assistants maternels. Il s’agit dans le premier cas de celles effectuées au-delà de la durée hebdomadaire de quarante-cinq heures, dans le second de celles accomplies au sens de la convention collective nationale qui leur est applicable (7°) ;

– celles effectuées par les salariés dont la durée de travail ne relève ni du code du travail ni du code rural et de la pêche maritime, mais est fixée par la convention collective applicable. Si certaines professions ne sont pas visées par la notion d’heures supplémentaires – tels que les compositeurs ou les mannequins –, certains salariés peuvent être concernés, tels que les acteurs du secteur sanitaire et social ou les concierges et employés d’immeubles. L’intégralité du salaire supplémentaire versé en contrepartie des jours de repos auxquels ces salariés ont renoncé au-delà de 218 jours entre dans le champ de l’exonération (8°).

● L’exonération est également ouverte aux heures supplémentaires – et, le cas échéant, complémentaires – effectuées par les agents publics ou les salariés des régimes spéciaux.

Le III du nouvel article L. 241-17 couvre ainsi :

– les heures supplémentaires ou le temps de travail additionnel effectif effectué par les agents publics titulaires et non-titulaires ;

– les heures supplémentaires ou complémentaires effectuées par les salariés relevant des régimes spéciaux.

● Le cas des salariés agricoles, enfin, est couvert par le renvoi effectué à l’article L. 741-15 du code rural et de la pêche maritime. Prévu au II de l’article, ce renvoi inclut l’exonération sociale salariale sur les heures supplémentaires et complémentaires dans la liste des exonérations prévues par le droit en vigueur, tels que l’allègement général de cotisations agricoles ou la déduction forfaitaire de cotisations patronales.

## **2. L’assiette de l’exonération**

Les rémunérations versées au titre des heures supplémentaires et complémentaires mentionnées *supra* constituent l’assiette de l’exonération de cotisations.

À la différence du dispositif antérieur, la notion de « *rémunération* » a été préférée à celle de « *salaire* ». Cette rédaction s'inscrit en cohérence avec la terminologie usuelle du code de la sécurité sociale, définissant l'assiette de cotisations sociales à partir de la rémunération.

Le IV du nouvel article L. 241-17 du code de la sécurité sociale définit précisément l'assiette de rémunération éligible. Entrent ainsi dans le champ de l'exonération les rémunérations et les majorations :

- fixées par l'accord collectif, s'il existe ;
- à défaut d'accord, dans la limite de 25 % pour les huit premières heures supplémentaires et 50 % pour les suivantes ou, s'agissant des heures complémentaires, dans la limite de 25 % ;
- dans la limite de 25 % de la rémunération horaire normale pour les salariés en forfait annuel en heures ;
- dans la limite de 25 % de la rémunération journalière normale pour les salariés en forfait annuel en jours.

### 3. Le taux et le montant de l'exonération

● Le taux de l'exonération de cotisations sociales est renvoyé au pouvoir réglementaire, en cohérence avec la définition traditionnelle par décret des taux de cotisations sociales et des exonérations associées.

Contrairement à l'exonération de cotisations sociales salariales définie par la loi « TEPA » – qui correspondait en réalité à une exonération de prélèvements sociaux au sens large –, le dispositif prévu à cet article se démarque à double titre :

- les cotisations sociales salariales visées seront uniquement celles dues au titre de l'assurance vieillesse. En effet, la cotisation due au titre de l'assurance maladie (0,75 %) et – au-delà du champ de la sécurité sociale au sens strict – celle due au titre de l'assurance chômage (2,4 %) ont été supprimées, aux termes de l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 <sup>(1)</sup> ;
- la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) sont exclues du champ de l'exonération. Ce choix vise à garantir la soutenabilité financière du dispositif – l'extension de l'exonération aux contributions sociales conduisant à augmenter le coût de la mesure de 80 % <sup>(2)</sup>.

---

(1) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Dans le détail, la cotisation maladie et 1,45 point de la cotisation chômage ont été supprimés le 1<sup>er</sup> janvier 2018, les 0,95 point restant de la cotisation chômage étant supprimés au 1<sup>er</sup> octobre 2018.

(2) Aux termes de l'étude d'impact du projet de loi, l'extension de l'exonération à la CSG et la CRDS entraînerait un coût supplémentaire de 1,6 milliard d'euros, s'ajoutant aux 2,01 milliards d'euros prévus en année pleine.

● L'exonération portera ainsi sur un montant couvrant simultanément :

– les cotisations d'assurance vieillesse – qui correspondent à la retraite de base –, cumulant :

- une cotisation dite « plafonnée », qui porte sur la fraction inférieure ou égale au plafond annuel de la sécurité sociale (PASS). Son taux est de 6,90 % en 2018 ;
- une cotisation dite « déplafonnée », qui porte sur la rémunération totale. Son taux est de 0,40 % en 2018 ;

– les cotisations de retraite complémentaire, dont le cadre a été totalement redéfini par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017 instituant le régime AGIRC-ARRCO <sup>(1)</sup> de retraite complémentaire.

---

(1) Correspondant respectivement à l'Association générale de retraite des cadres et à l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés.

### **Le financement du régime unifié de retraite complémentaire**

Actée par l'ANI du 30 octobre 2015, la création au 1<sup>er</sup> janvier 2019 d'un régime unique de retraite complémentaire impliquait de définir les modalités de gestion et de financement du nouveau régime. Tel est l'objet de l'ANI du 17 novembre 2017, qui substitue aux instances de pilotage et aux contributions en vigueur un cadre totalement rénové.

Le nouveau régime sera géré par une fédération unique, mettant fin à l'Association pour la gestion du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO (AGFF) et l'association pour la structure financière (ASF).

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, le nouveau régime ne comportera plus que deux tranches de rémunérations sur lesquelles porteront les cotisations et contributions :

– une première tranche (T1), pour les rémunérations n'excédant pas le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) ;

– une seconde tranche (T2), pour les rémunérations supérieures.

Les taux relatifs à ces deux tranches, respectivement fixés à 6,20 % et 17 %, se voient appliquer un taux d'appel de 127 %. Ils sont donc portés à 7,87 % et 21,59 %.

Les cotisations dues restent partagées selon la clef de répartition aujourd'hui en vigueur entre salariés et employeurs, fixée à « 40 % / 60 % ». Les taux salariaux sont fixés, en conséquence, à 3,15 % pour la tranche 1 et 8,64 % pour la tranche 2.

S'ajoutent à ces cotisations :

– une contribution d'équilibre général (CEG), succédant aux contributions dites « AGFF » et « GMP »<sup>(1)</sup>. Son taux est fixé à 2,15 % pour la tranche 1 et 2,70 % pour la tranche 2, répondant à la même clef de répartition « 40 % / 60 % » entre salarié et employeur. Les taux salariaux sont donc fixés à 0,86 % pour la tranche 1 et 1,08 % pour la tranche 2 ;

– une contribution d'équilibre technique (CET), succédant à l'ancienne contribution exceptionnelle et temporaire (également dite « CET »). Elle s'applique au taux de 0,35 % pour tous les salariés dont la rémunération est supérieure au PASS, dont 0,14 % à la charge du salarié ;

– la cotisation recouverte pour le compte de l'Association pour l'emploi des cadres – dite « cotisation APEC » –, d'ores et déjà en vigueur pour les seuls cadres, reconduite dans les mêmes termes. Maintenu au taux de 0,06 % pour les rémunérations jusqu'à 4 PASS, la part salariale reste fixée à 0,02 %.

Il convient de noter que cet ensemble de cotisations couvre aussi bien les salariés du régime général que ceux du régime agricole, ces derniers étant affiliés à la mutualité sociale agricole.

● Le montant de la réduction de cotisations sociales est alors égal au produit du taux précité et des rémunérations énumérées *supra*. Variant selon le statut du salarié et le niveau de sa rémunération, il devrait atteindre 11 points.

---

(1) Correspondant respectivement à l'Association pour la gestion des fonds de financement et à la Garantie minimale de points.

Modification bienvenue, aucun plafonnement ne sera appliqué sur le calcul de l'exonération, contrairement au dispositif appliqué sous la loi TEPA. Entre 2007 et 2012, le taux de la réduction ne pouvait dépasser le plafond défini par décret, même si le taux global effectif des cotisations et contributions d'origine légale et conventionnelle dues au titre des heures supplémentaires était supérieur. À l'inverse, en cas de taux effectif inférieur, le montant de l'exonération était ajusté à la baisse.

Par souci de simplification du calcul, et surtout de gain effectif de pouvoir d'achat, ce plafonnement ne sera pas repris par voie réglementaire.

**TAUX ATTENDU DE LA FUTURE RÉDUCTION DES COTISATIONS SALARIALES  
POUR UN SALARIÉ NON-CADRE AVEC UNE RÉMUNÉRATION INFRA-PASS**

Cotisations	Taux applicables	Assiette
Cotisation vieillesse plafonnée	6,9 %	1 PASS
Cotisation vieillesse déplafonnée	0,4 %	Totalité du salaire
Tranche 1 AGIRC-ARRCO	3,15 %	1 PASS
Tranche 1 CEG	0,86 %	1 PASS
<b>TOTAL</b>	<b>11,31</b>	

**TAUX ATTENDU DE LA FUTURE RÉDUCTION DES COTISATIONS SALARIALES  
POUR UN SALARIÉ CADRE AVEC UNE RÉMUNÉRATION SUPRA-PASS À 3,5 SMIC**

Cotisations	Taux applicables	Assiette
Cotisation vieillesse plafonnée	6,9 %	Part du salaire < 1 PASS
Cotisation vieillesse déplafonnée	0,4 %	Totalité du salaire
Tranche 1 AGIRC-ARRCO	3,15 %	Part du salaire < 1 PASS
Tranche 2 AGIRC-ARRCO	8,64 %	Part du salaire > 1 PASS
Tranche 1 CEG	0,86 %	Part du salaire < 1 PASS
Tranche 2 CEG	1,08 %	Part du salaire > 1 PASS
CET	0,14 %	Part du salaire > 1 PASS
APEC	0,02 %	Totalité du salaire (jusqu'à 4 PASS)
<b>TOTAL</b>	<b>11,04*</b>	

\* : Ce taux, qui ne correspond pas à la pure somme arithmétique des montants évoqués supra, résulte de l'application différenciée des taux à une fraction du salaire, ou à sa totalité.

● La simplicité apparente de ce taux d'exonération ne doit toutefois pas faire perdre de vue son application byzantine. En effet, quel qu'en soit le montant, l'exonération retenue ne conduirait pas à rendre le salarié créancier du système de sécurité sociale.

Le III du nouvel article L. 241-17 précise ainsi que le montant de la réduction s'appliquera « dans la limite des cotisations d'origine légale et conventionnelle dont le salarié est redevable au titre des heures concernées ». Il

est donc logiquement prévu que la réduction de cotisations sociales ne peut dépasser ce montant.

L'application d'un tel montant aux seules cotisations de sécurité sociale – entendues dans leur acception stricte – pourrait conduire à appliquer aux heures supplémentaires et complémentaires un taux négatif. En effet, pour un taux de cotisations sociales salariales égal à 7,3 %, l'application d'une réduction de 11,3 % telle que figurant dans le tableau *supra* pourrait conduire à un taux de cotisation sociale de l'ordre de -4 %. Un tel cas de figure n'est pas envisageable.

De manière analogue au dispositif prévu par la loi « TEPA », le taux de réduction de cotisation pourra s'imputer sur l'assiette totale incluant les heures supplémentaires ou complémentaires majorées.

Au total, le dispositif « attrape » le montant des cotisations de retraite complémentaire tout en « effaçant » les seules cotisations d'assurance vieillesse de base.

Ce mécanisme d'imputation permet de garantir les droits des assurés, les points acquis au titre de la retraite complémentaire dépendant des cotisations effectivement versées, tandis que les droits associés à la retraite de base ne dépendent que des assiettes de rémunérations déclarées.

- Prolongeant cette logique de réduction encadrée, le VI du nouvel article L. 241-17 précité pose le principe de non-cumul de l'exonération sociale salariale avec toute autre exonération ou bénéfice de dispositifs analogues, tels des taux réduits, des assiettes forfaitaires ou des montants forfaitaires, à l'exception des cas prévus par décret.

- Dans le cas d'un agent public, l'exonération porterait sur la cotisation au régime additionnel de la fonction publique (RAFP), au taux de 5 % de la rémunération. Ce champ résulte de l'absence de cotisations sociales de base sur la rémunération perçue au titre d'une heure supplémentaire dans le cas d'un fonctionnaire.

S'agissant des agents contractuels, enfin, l'exonération s'appliquerait aux cotisations de retraite de base – dues à l'assurance vieillesse – et complémentaire – dues à l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC), respectivement fixées à 7,3 % et 2,8 % pour un salaire inférieur au PASS. Le taux de la réduction s'élèverait à 10,1 % pour un contractuel rémunéré à un tel niveau de rémunération.

#### **4. Les précisions complémentaires**

- Le V prévoit la non-application de l'exonération sociale lorsque les salaires ou éléments de rémunérations rattachés aux heures supplémentaires ou complémentaires se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale relatif aux revenus d'activité des

travailleurs salariés. Une exception est toutefois prévue dans le cas où un délai minimum d'un an sépare le dernier versement de cet élément de rémunération supprimé et le premier versement du salaire au titre de l'heure supplémentaire ou complémentaire.

- La nouvelle rédaction du dispositif de déduction forfaitaire de cotisations patronales, enfin, défini à l'article L. 241-18 du même code, vise désormais les heures supplémentaires identifiées au titre de l'exonération sociale précitée. Aucune modification n'est par ailleurs portée au seuil de vingt salariés.

Les quatre catégories d'heures supplémentaires éligibles visées par le droit en vigueur, désormais définies au 1° à 3° du nouvel article L. 241-17, restent éligibles à la déduction forfaitaire.

\*

\* \*



*Article 8*

**Mise en œuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS  
en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs**

**Adopté par la commission avec modifications**

L'article 8 tire les conséquences de la « bascule » opérée par les lois financières pour 2018, et applicable à compter de 2019.

La loi de finances pour 2018 a supprimé le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) ainsi que le crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS), « double » du CICE pour les organismes non lucratifs. Ces deux mécanismes fiscaux d'allègement du coût du travail – il s'agissait de crédits d'impôt sur les bénéficiaires, assis aux taux respectifs de 6 et 4 % sur les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC – ont été remplacés par deux mécanismes de réduction des charges sociales patronales, prévus par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 : d'une part, une réduction forfaitaire de 6 points de la cotisation patronale maladie, compensant strictement le CICE car portant sur la même assiette ; d'autre part, un renforcement de l'allègement général de cotisations patronales – maximal à 1 SMIC et dégressif pour s'annuler à 1,6 SMIC –, par un élargissement de son champ aux cotisations d'assurance chômage (4,05 %) et de retraite complémentaire (environ 6 %).

Cet article prévoit tout d'abord de repousser du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> octobre 2019 la prise en compte de la cotisation d'assurance chômage dans le calcul de l'allègement général ; le coût du travail au niveau du SMIC sera bien allégé de 10 points au total, mais en deux temps (6 points dès janvier, 4 points supplémentaires en octobre).

Il modifie ensuite cinq régimes spécifiques d'exonération de charges patronales, avec pour chaque modification une ligne directrice commune : au niveau du SMIC, l'allègement général renforcé en LFSS 2018 est toujours plus favorable que ces exonérations spécifiques, car le champ des charges exonérées est désormais plus large. Les modifications apportées vont de la suppression pure et simple à la rationalisation de dispositifs particulièrement dérogatoires et complexes : exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi dans le secteur agricole (dite « TO-DE ») ; exonérations spécifiques au secteur de l'insertion par l'activité économique et aux contrats aidés ; exonérations spécifiques aux contrats d'alternance ; exonération spécifique aux structures employant des aides à domicile auprès de publics fragiles ; exonération spécifique aux employeurs ultramarins (dite « LODEOM », par référence à la loi pour le développement économique des outre-mer du 27 mai 2009).

En troisième lieu, cet article modifie des exonérations patronales spécifiques à des secteurs d'activité relevant de régimes spéciaux de sécurité sociale :

– en lien direct avec la suppression du CICE, il convient de rendre éligibles les employeurs relevant de certains régimes spéciaux à la réduction forfaitaire de 6 points de la cotisation maladie, sans quoi ils se trouveraient perdants à la bascule ;

– sans lien, il est prévu de rendre compatible avec le droit de l'Union européenne un régime particulier d'exonération, applicable aux entreprises d'armement de navires de commerce.

Enfin, l'article apporte des modifications d'ordre purement technique à certaines dispositions adoptées en LFSS 2018 relatives à la bascule CICE / allègements de charges.

Le commentaire de cet article commence par rappeler la « bascule » opérée par les lois financières pour 2018, à savoir la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) en loi de finances, et le renforcement des allègements de charges patronales en loi de financement (réduction de 6 points de la cotisation maladie pour compenser la suppression du CICE et extension du champ de l'allègement général, pour réduire de 10 points environ le coût du travail au niveau du salaire minimum interprofessionnel de croissance – SMIC). Ce rappel est l'occasion d'apporter des précisions méthodologiques utiles pour la suite du commentaire.

Car, après avoir décrit la modification des règles d'entrée en vigueur du renforcement de l'allègement général, il s'agira d'examiner en détail les cinq régimes d'exonérations spécifiques que cet article modifie, précisément car leur attractivité se trouve réduite par le renforcement de l'allègement général. Les modifications apportées à ces régimes sont d'ampleur variable ; dans l'ordre de présentation, on commencera par les suppressions pures et simples – elles sont rares – avant d'aller vers les dispositifs dont l'existence est maintenue mais dont les paramètres sont profondément modifiés. Le plus souvent, la technicité du droit applicable nécessite d'aller à l'essentiel, de surcroît dans les délais d'examen du texte.

Les deux dernières parties du commentaire seront plus brèves, consacrées respectivement aux modifications apportées à certains régimes spéciaux, et à quelques aménagements purement techniques.

## **I. L'AMÉNAGEMENT DES MODALITÉS D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL RENFORCÉ**

### **A. LES LOIS FINANCIÈRES POUR 2018 ONT SUBSTITUÉ AU CICE DEUX MÉCANISMES RENFORÇANT LES ALLÈGEMENTS DE CHARGES PATRONALES.**

Conformément aux engagements de campagne du Président de la République, le Parlement a procédé dans les lois financières pour 2018 à une réforme des modalités d'allègement du coût du travail à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, dans un double objectif de simplification pour les employeurs et de renforcement du soutien public apporté à l'emploi de salariés modestement rémunérés.

## 1. La suppression du CICE en loi de finances

● L'article 86 de la loi de finances pour 2018<sup>(1)</sup> a supprimé le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi. Créé par la dernière loi de finances rectificative pour 2012<sup>(2)</sup>, le CICE est un crédit d'impôt sur les bénéfices assis sur les rémunérations n'excédant pas 2,5 fois le SMIC. Son taux, fixé à 4 % pour les rémunérations versées en 2013, a été porté à 6 % entre 2014 et 2016, puis à 7 % en 2017, avant d'être ramené à 6 % pour 2018<sup>(3)</sup>.

Principale dépense fiscale de l'État (plus de 20 milliards d'euros), le CICE a vraisemblablement contribué au redressement du taux de marge des entreprises et à la sauvegarde de plusieurs dizaines de milliers d'emplois<sup>(4)</sup>, mais il souffrait depuis sa création de critiques récurrentes, tenant essentiellement au décalage dans le temps entre le versement des rémunérations et le plein bénéfice du crédit d'impôt afférent, dans la généralité des cas. En effet, le CICE s'impute sur l'impôt dû par le contribuable au titre de l'année de versement des rémunérations, sachant que l'impôt dû au titre d'une année N est définitivement liquidé en N+1. Si le montant de CICE excède celui de l'impôt dû, l'excédent est utilisé pour payer l'impôt des trois années suivantes, et c'est seulement à l'expiration de cette période que l'éventuel solde de créance est remboursé. Cela signifie concrètement qu'une créance née en 2014 au titre des rémunérations servies en 2013 peut « vivre » jusqu'en 2017 si son montant excède l'impôt dû au titre des exercices 2014 à 2016.

● Par ailleurs, l'article 87 de la loi de finances pour 2018 a supprimé le crédit d'impôt de taxe sur les salaires. Créé par la loi de finances pour 2017<sup>(5)</sup>, le CITS est une duplication du CICE au profit des organismes du secteur non lucratif, qui par construction ne pouvaient pas bénéficier du CICE faute d'être assujettis à l'impôt sur les bénéfices, mais qui pouvaient en revanche se trouver en concurrence avec des entreprises commerciales en bénéficiant. Construit sur le modèle du CICE, le CITS allège la taxe sur les salaires<sup>(6)</sup>, et non l'impôt sur les

---

(1) Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017.

(2) Article 66 de la loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012.

(3) Depuis 2015, ce taux est majoré pour les rémunérations versées dans les exploitations situées dans les départements d'outre-mer (DOM) : 7,5 % en 2015, 9 % depuis 2016 (cf. infra).

(4) Dans son rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2018, le rapporteur général faisait ainsi état :

- d'une progression du taux de marge – qui rapporte l'excédent brut d'exploitation à la valeur ajoutée – de 2 points entre son plus bas niveau, atteint en 2013 (29,9 %) et 2016 (31,9 %) ;
- de la création ou de la sauvegarde d'environ 100 000 emplois, selon les estimations du comité de suivi du CICE, instauré en même temps que le crédit d'impôt lui-même.

Pour plus de précisions, on se reportera utilement au commentaire de l'article 8 du PLFSS 2018, devenu article 9 de la loi, dans le rapport précité : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r0316.pdf>, pages 152 à 181.

(5) Article 88 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016.

(6) Les organismes non lucratifs n'étant pas assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), ils sont redevables de la taxe sur les salaires, qui se trouvait être un outil commode en l'espèce, son assiette étant la même que celle du CICE.

bénéfices, et à un taux plus faible, de 4 %. Comparativement à celui du CICE, le coût du CITS est très modeste (environ 600 millions d’euros).

## **2. La compensation de la suppression du CICE et le renforcement de l’allègement général en LFSS**

L’article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 <sup>(1)</sup> a compensé la suppression du CICE et renforcé l’allègement général de cotisations patronales de sécurité sociale.

### ***a. L’instauration d’un « équivalent-CICE » par une réduction forfaitaire de 6 points de la cotisation maladie***

Le nouvel article L. 242-1 du code de la sécurité sociale réduit de 6 points le taux de la cotisation patronale maladie, sur la même assiette que le CICE. Cette nouvelle réduction forfaitaire, une sorte d’« équivalent-CICE », a un coût d’environ 22 milliards d’euros pour les administrations de sécurité sociale (ASSO) <sup>(2)</sup>.

### ***b. Le renforcement de l’allègement général : une réduction de 10 points de charges au niveau du SMIC***

● L’allègement général, codifié de longue date à l’article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, est le résultat de la fusion, en 2003, de plusieurs dispositifs d’allègements qui coexistaient depuis le début des années 1990.

Les employeurs privés <sup>(3)</sup> sont éligibles à une réduction des cotisations assises sur les rémunérations qu’ils versent à leurs salariés ; maximale au niveau du SMIC <sup>(4)</sup>, la réduction est ensuite dégressive et s’annule lorsque la rémunération atteint 1,6 SMIC. Le montant de l’allègement général est donc égal au produit de la rémunération annuelle brute et d’un coefficient, lui-même fonction du rapport entre la rémunération annuelle brute du salarié et le SMIC. La valeur maximale du coefficient – au niveau du SMIC, donc – est fixée par décret dans la limite de la somme des taux des cotisations et contributions dans le champ de l’allègement général <sup>(5)</sup> ; elle décroît pour s’annuler à 1,6 SMIC.

---

(1) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017.

(2) Les implications financières de la « bascule » du CICE vers l’allègement général seront décrites infra dans le commentaire de l’article 19.

(3) Pour simplifier : sont en effet exclus les particuliers employeurs, alors que certains employeurs publics sont éligibles (établissements publics industriels et commerciaux locaux, notamment).

(4) Le SMIC retenu est le SMIC annuel, sur la base de la durée légale du travail.

(5) Cette formulation habile permet de tenir compte des évolutions de taux, intervenant par voie réglementaire, sans avoir à modifier la loi.

• Avant l'entrée en vigueur de l'article 2 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2014 <sup>(1)</sup>, seules les cotisations de sécurité sociale proprement dites <sup>(2)</sup> étaient dans le champ de l'allègement général, à l'exclusion de celles destinées à couvrir le risque accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) : maladie, maternité, invalidité et décès <sup>(3)</sup> ; famille ; vieillesse.

Mettant en œuvre le Pacte de responsabilité et de solidarité, annoncé le 14 janvier 2014 par le Président de la République d'alors, la LFRSS 2014 a étendu le champ de l'allègement général, y compris au-delà des seules cotisations de sécurité sociale proprement dites :

– aux cotisations AT-MP, dans des conditions particulières liées à la nature de ce risque. Dans une logique de responsabilisation des employeurs, les salariés ne sont assujettis à aucune cotisation pour la couverture de ce risque ; dans la même logique, les cotisations AT-MP – exclusivement patronales, donc – n'étaient pas dans le champ de l'allègement général. Elles le sont désormais, mais dans la limite d'un plafond, correspondant à la cotisation « socle », dont s'acquittent tous les employeurs indépendamment de leur taux propre de sinistralité. La logique préventive de la cotisation AT-MP aboutit en effet à ce que le taux de cotisation soit une fonction croissante des risques encourus par les salariés ; mais même les employeurs n'ayant constaté aucun sinistre s'acquittent d'une sorte de cotisation minimale, estimée à 0,84 % environ par l'étude d'impact ;

– à la contribution des employeurs au Fonds national d'aide au logement (FNAL). Cette contribution, destinée au financement de l'allocation de logement sociale, frappe distinctement les employeurs : dans la généralité des cas, elle est assise sur la totalité des rémunérations versées, au taux de 0,5 % ; les employeurs occupant moins de 20 salariés, l'essentiel des exploitants agricoles et les coopératives agricoles s'acquittent d'une contribution de 0,1 % seulement, et de surcroît sur une assiette limitée au plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) <sup>(4)</sup>, quel que soit le niveau de la rémunération versée ;

– à la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). Cette contribution frappe au taux de 0,3 % la même assiette que les cotisations patronales de sécurité sociale, et son produit est affecté à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

• Afin de réduire encore les cotisations patronales, raréfiées au voisinage du SMIC, la LFSS 2018 a dû élargir le champ de l'allègement général très au-delà du champ habituel de la sécurité sociale :

---

(1) Loi n° 2014-892 du 8 août 2014.

(2) Destinées à financer la couverture des quatre risques des régimes obligatoires.

(3) Risque et cotisations afférentes désignés par commodité comme « maladie » dans la suite de ce commentaire.

(4) 39 732 euros en 2018.

– à la contribution des employeurs à l'assurance chômage, qui frappe au taux de 4,05 % la même assiette que celle de l'allègement général ;

– aux cotisations patronales au titre des régimes de retraite complémentaire obligatoires AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres), et ARRCO (Association des régimes de retraite complémentaire). Les régimes AGIRC et ARRCO vont fusionner au 1<sup>er</sup> janvier 2019, et le taux de cotisation sur l'échelle des salaires concernée par l'allègement général passera de 5,85 % en 2018 à 6,01 % en 2019 <sup>(1)</sup>.

• Le renforcement de l'allègement général permet donc une réduction du coût du travail de 10,06 % au niveau du SMIC, pour un coût estimé à 8,7 milliards d'euros en année pleine.

Le tableau suivant présente la liste des cotisations et contributions dans le champ de l'allègement général, avant et après son renforcement par la LFSS 2018. Sa lecture détaillée, quoiqu'en apparence fastidieuse, est néanmoins le meilleur moyen de comprendre l'essentiel des mesures proposées par le Gouvernement dans le présent article. Les conventions de présentation retenues, détaillées dans les commentaires sous le tableau, seront réutilisées ensuite pour comparer une série de régimes spécifiques à celui de l'allègement général. Dans ce tableau comme dans les suivants, les taux indiqués sont les derniers connus, applicables en 2018 ou ayant vocation à s'appliquer en 2019 <sup>(2)</sup>, pour une rémunération égale au SMIC. On rappellera que, pour l'essentiel, ces taux ne sont pas fixés par la loi mais par le décret (s'agissant des cotisations de sécurité sociale proprement dites) voire par accord entre les partenaires sociaux (s'agissant des contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire, conventionnelles).

---

(1) Cf. supra le commentaire de l'article 7.

(2) Toutes choses égales par ailleurs : s'agissant des exonérations spécifiques dont le présent article propose la suppression, l'application des taux 2019 est bien évidemment une fiction, permettant simplement de comparer les dispositifs sur des bases identiques.

## L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL AVANT ET APRÈS LA LFSS 2018

*(au niveau du SMIC)*

Cotisations et contributions dans le champ de l'allègement général	Avant LFSS 2018	Après LFSS 2018
Cotisation maladie	13 %	7 %*
Cotisation famille**	3,45 %	3,45 %
Cotisation vieillesse plafonnée***	8,55 %	8,55 %
Cotisation vieillesse déplafonnée****	1,9 %	1,9 %
Cotisation « socle » AT-MP	0,84 %	0,84 %
Contribution FNAL*****	0,5 %	0,5 %
CSA	0,3 %	0,3 %
Cotisation chômage	Hors champ	4,05 %
Cotisation retraite complémentaire*****	Hors champ	6,01 %
<b>TOTAL*****</b>	<b>28,54 %</b>	<b>32,6 %</b>

\* La cotisation effacée en droit est de 7 %, et non plus de 13 %, du fait de l'application préalable de la réduction forfaitaire de 6 points (l'équivalent-CICE). Mais cela ne change rien en fait au niveau du SMIC, puisque l'exonération de cotisation maladie y était déjà complète. Ainsi, si la réduction supplémentaire est bien au final de 10,06 points « en brut », elle n'est que de 4,06 points « en net », après prise en compte en droit de la réduction forfaitaire.

\*\* Le taux normal de la cotisation famille est de 5,25 %. Mais l'article 2 de la LFRSS 2014 a institué une réduction forfaitaire de 1,8 point de cette cotisation, pour les salaires n'excédant pas 1,6 SMIC. L'article 7 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a étendu jusqu'à 3,5 SMIC l'assiette des rémunérations éligibles à cette réduction, dans le cadre de la deuxième phase du Pacte de responsabilité et de solidarité. Cette réduction s'impute prioritairement à l'allègement général : cela signifie que celui-ci ne porte plus que sur les 3,45 points restant après la réduction forfaitaire de 1,8 point du taux normal de 5,25 % (taux qui continue de s'appliquer pour les rémunérations excédant 3,5 SMIC).

\*\*\* Taux applicable à la fraction des rémunérations n'excédant pas le PASS (ce qui est mécaniquement le cas des rémunérations dans le champ de l'allègement général, car 1,6 SMIC annuel = 28 771 euros en 2018, pour un PASS de 39 732 euros)

\*\*\*\* Taux applicable à la totalité de la rémunération. En l'occurrence, s'agissant de rémunérations ne dépassant pas le PASS, les deux taux s'appliquent.

\*\*\*\*\* Taux applicable à la part la plus importante de la masse salariale, retenu par souci de simplicité

\*\*\*\*\* Le taux de la future cotisation unique AGIRC-ARRCO sera de 6,2 % sur la tranche 1 de la rémunération, n'excédant pas 1 PASS. Ce taux sera appelé sur une base 127 (pour un salaire de 1 000 euros, l'assiette sera donc de 1 270 euros), ce qui le porte « au réel » à 7,874 % (soit 6,2 X 1,27). La charge sera répartie entre l'employeur et le salarié à hauteur de respectivement 60 et 40 % ; le taux réel supporté par les employeurs sera donc de 4,72 % (soit 60 % de 7,874). Il faut y ajouter la quote-part patronale de la future contribution d'équilibre général (CEG), soit 1,29 % du salaire (60 % de 2,15 %). Au total, la contribution « retraite complémentaire », soit la somme de la cotisation AGIRC-ARRCO et de la CEG, sera donc de 6,01 %.

\*\*\*\*\* Ce total définit le coefficient maximal d'exonération retenu dans le décret fixant la formule de calcul de l'allègement général. En l'état du droit, l'article D. 241-7 du code de la sécurité sociale retient ainsi un coefficient maximal de 0,2854, qui, toutes choses égales par ailleurs, aurait vocation à passer à 32,6 % en 2019. En prenant en compte les cotisations réduites indépendamment de l'allègement général, à savoir 6 points de cotisation maladie et 1,8 point de cotisation famille, la réduction totale au niveau du SMIC est de 40,4 %, taux fréquemment cité dans l'étude d'impact. Un autre taux fréquemment cité est celui de 28,7 %, correspondant à l'allègement des seules cotisations de sécurité sociale hors AT-MP, mais incluant la réduction forfaitaire famille (soit 13 + 5,25 + 8,55 + 1,9). Il s'agit de simples différences méthodologiques de présentation, que la suite du présent commentaire s'efforcera de relever au besoin.

Source : *commission des affaires sociales.*

### **3. Une « bascule » très profitable aux employeurs en 2019, du fait de la coexistence du CICE et des nouvelles modalités de réduction des charges sociales**

En 2019, les employeurs bénéficieront cumulativement :

- de la créance de CICE acquise au titre des rémunérations versées en 2018 ;

- du renforcement des allègements de charges (allègement général + équivalent-CICE).

En comptabilité nationale, l'année 2019 apparaît donc comme une année « double », au cours de laquelle s'additionneraient le coût des mesures prévues par l'article 9 de la LFSS 2018 et celui des créances de CICE acquises au titre de 2018, soit une cinquantaine de milliards d'euros. Cela ne signifie pas que le coût budgétaire sera du même niveau ; en effet, les modalités d'imputation du CICE ne sont pas modifiées, et la créance acquise au titre de 2018 sera donc imputable, selon le profil des résultats des entreprises, jusqu'en 2022.

En tout état de cause, le choix fait en LFSS 2018 offre aux employeurs de France un soutien absolument inégalé au titre de l'année 2019.

### **B. LE GOUVERNEMENT SOUHAITE DÉCALER AU 1<sup>ER</sup> OCTOBRE 2019 LE RENFORCEMENT DE L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL.**

● Le Gouvernement a choisi de décaler l'entrée en vigueur du renforcement de l'allègement général du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> octobre 2019, tout en conservant la date du 1<sup>er</sup> janvier pour l'entrée en vigueur de la réduction de 6 points de la cotisation maladie. Il faut tout de suite préciser que ce décalage, prévu dans la généralité des cas, est assorti de plusieurs exceptions, sur lesquelles ce commentaire reviendra en détails *infra*.

Afin que l'équivalent-CICE concerne dès le 1<sup>er</sup> janvier l'ensemble des rémunérations, il est toutefois nécessaire de renforcer dès cette date l'allègement général, à hauteur de 6 points. C'est en effet le seul moyen pour imputer réellement la réduction de 6 points de la cotisation maladie au niveau du SMIC, niveau auquel les employeurs en sont d'ores et déjà totalement exonérés, comme décrit *supra* en commentaire du tableau. La réduction supplémentaire à hauteur de 4 points, pour arriver au total prévu d'environ 10 points, pourra en revanche intervenir à compter du 1<sup>er</sup> octobre seulement.

Pour ce faire, le Gouvernement a retenu une technique assez simple :

– pour les rémunérations versées en 2019, le coefficient maximal d'exonération au niveau du SMIC tiendra compte de la cotisation retraite complémentaire, permettant d'alléger effectivement de 6 points (6,01 précisément) les charges patronales au niveau du SMIC ;



– à compter de 1<sup>er</sup> octobre 2019, sera ajouté à ce coefficient le taux de la cotisation patronale chômage, permettant une réduction supplémentaire de 4,05 points.

Sur le plan légistique, cela se traduit par une dérogation temporaire – donc non codifiée – au troisième alinéa du III de l'article L. 241-13 qui prévoit, dans sa rédaction issue de la LFSS 2018, l'intégration dans le coefficient maximal du taux de la cotisation patronale chômage <sup>(1)</sup> (premier et deuxième alinéas du A du VI du présent article).

Le coefficient maximal sera donc de 28,55 % entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 septembre, (soit 32,6 – 4,05), puis de 32,6 % à compter du 1<sup>er</sup> octobre.

La rémunération annuelle restera en 2019 la base de calcul de la réduction <sup>(2)</sup>, sous réserve donc qu'elle ne dépasse pas 1,6 SMIC :

– le coefficient de 28,55 % sera utilisé pour le calcul de la réduction afférente à la fraction de rémunération servie entre janvier et septembre compris (soit 9/12<sup>èmes</sup>) ;

– puis le coefficient de 32,6 % sera utilisé pour la fraction de rémunération servie entre octobre et décembre (soit 3/12<sup>èmes</sup>).

• Sur le plan budgétaire, la mesure proposée par le Gouvernement permettrait aux ASSO de réaliser une économie de 2,3 milliards d'euros en 2019.

## **II. LE RENFORCEMENT DE L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL DÉGRADE LES AVANTAGES COMPARATIFS DE CINQ DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'EXONÉRATION, EN CONSÉQUENCE SUPPRIMÉS OU MODIFIÉS.**

Les développements qui suivent sont d'une particulière complexité, tenant tout d'abord au « capharnaüm législatif » qui gouverne les différents régimes d'exonérations étudiés, codifiés tantôt dans le code de la sécurité sociale, tantôt ailleurs – la qualité rédactionnelle étant variable selon les « ailleurs ». Les modifications apportées à ces régimes sont très nombreuses, appelant des commentaires légistiques fastidieux. De ce point de vue, on ne peut que saluer la volonté de simplification qui préside à cet article, dans son principe.

Dans ses effets, l'article est sans doute encore plus difficile à appréhender. Dans les délais impartis pour l'examen du texte, sur la base d'une étude d'impact parfois elliptique et dont les canons de présentation varient selon les dispositifs, il serait hasardeux de prétendre à la réalisation ne serait-ce que d'un embryon d'étude économique. Il est notamment très délicat, sauf dans quelques cas « très clairs » comme l'outre-mer (cf. *infra*) d'apprécier les effets combinés de la

---

(1) Définie comme « les contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail ».

(2) Comme le prévoit le dernier alinéa du A du VI.

suppression du CICE, d'une part, et du renforcement de l'allègement général, d'autre part – le tout devant, rappelons-le, être comparé à des dispositifs très spécifiques.

On retiendra néanmoins que lorsque des pertes au basculement vers l'allègement général sont anticipées, c'est le plus souvent parce que les employeurs concernés bénéficient en l'état du droit d'une exonération si importante que ni la réduction de 6 points de la cotisation maladie ni l'élargissement du champ de l'allègement général ne permettent de compenser la suppression du CICE ou du CITS <sup>(1)</sup>.

En un mot, cet article illustre assez bien, hélas, les limites d'un exercice consistant à examiner des dispositions aussi complexes dans un délai aussi bref. Gageons que les explications fournies par le Gouvernement lors de l'examen du texte permettront, le cas échéant, de répondre aux questions qui auraient échappé à la sagacité du rapporteur général.

## **A. LA SUPPRESSION DE L'EXONÉRATION SPÉCIFIQUE POUR L'EMPLOI DE TRAVAILLEURS OCCASIONNELS ET DE DEMANDEURS D'EMPLOI DANS LE SECTEUR AGRICOLE**

### **1. Présentation du dispositif TO-DE**

Le dispositif TO-DE (pour « travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi »), dont les principes sont régis pour l'essentiel par l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, offre aux employeurs agricoles un régime spécifique d'exonération de leurs charges sociales.

● L'assiette de l'exonération est constituée :

– des rémunérations versées aux travailleurs occasionnels agricoles par tout employeur relevant du régime de protection sociale des professions agricoles ;

– des rémunérations versées aux demandeurs d'emploi inscrits depuis au moins quatre mois sur la liste des demandeurs d'emploi, lorsqu'ils sont embauchés en contrat à durée indéterminée (CDI) par un groupement d'employeurs exerçant une activité éligible (cf. immédiatement *infra*).

Les travailleurs occasionnels sont définis comme des salariés embauchés en contrat à durée déterminée (contrat de saisonnier, notamment), pour des tâches temporaires liées au cycle de la production animale et végétale, ces activités étant elles-mêmes définies comme suit :

---

(1) L'appréciation des effets de la perte du CITS étant encore plus complexe compte tenu de l'existence d'abattements – évidemment complexes – de taxe sur les salaires, qui conditionnent « en creux » le bénéfice du CITS.

– exploitations de culture et d'élevage, exploitations de dressage, d'entraînement, haras, établissements de toute nature dirigés par l'exploitant agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, ou structures d'accueil touristique situées sur l'exploitation (1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime) ;

– entreprises de travaux agricoles (2° du même article) ;

– travaux forestiers, à l'exception de ceux exécutés par des entreprises de travaux forestiers (une partie du 3°, donc) ;

– établissements de conchyliculture, de pisciculture et assimilés, activités de pêche maritime à pied professionnelle (4°).

Les coopératives d'utilisation du matériel agricole (CUMA) mettant des salariés à disposition de leurs adhérents ne sont pas éligibles au dispositif TO-DE.

● L'exonération, totale pour les rémunérations n'excédant pas 1,25 SMIC – calculé mensuellement et non annuellement –, décroît ensuite linéairement pour s'annuler à 1,5 SMIC. Si le point de sortie se trouve plus bas que celui de l'allègement général (1,6 SMIC), le mode de calcul est en revanche plus généreux au début de la distribution des revenus, avec une exonération totale jusqu'à 1,25 SMIC, alors qu'elle est immédiatement dégressive dans le régime de l'allègement général.

● Le dispositif TO-DE n'est cumulable avec aucun autre mécanisme d'allègement, à l'exception de la déduction forfaitaire au titre des heures supplémentaires <sup>(1)</sup>.

● Le champ des cotisations concernées par le dispositif est particulièrement large.

L'article L. 741-16 mentionne les « *cotisations patronales dues au titre des assurances sociales* » et l'article L. 741-5 précise que le dispositif s'applique également aux cotisations dues au titre des allocations familiales ; en conséquence, les cotisations de sécurité sociale au sens propre se trouvent dans le champ, classiquement.

De manière plus originale, l'article L. 741-16-1 fait entrer dans ce même champ une série de cotisations qui ne se trouvaient pas dans le champ de l'allègement général jusqu'alors (retraites complémentaires), ou ne peuvent s'y trouver (cotisations spécifiques aux professions agricoles). Il s'agit pour l'essentiel de cotisations d'origine conventionnelle, dont la liste détaillée figure dans le tableau d'ensemble ci-dessous.

---

(1) Cf. supra le commentaire de l'article 7.

**COTISATIONS DANS LE CHAMP DU DISPOSITIF TO-DE**

<b>Cotisations</b>	<b>Taux</b>
Maladie	13 %
Famille	5,25 %
Vieillesse	10,45 %
Participation des employeurs au développement de la formation professionnelle continue	0,55 %
Retraite complémentaire obligatoire des salariés	3,875 %
Association pour la gestion du fonds de financement de la retraite complémentaire*	1,2 %
Association nationale pour l'emploi et la formation en agriculture	0,26 %
Conseil des études, recherches et prospectives pour la gestion prévisionnelle des emplois en agriculture et son développement (PROVEA)	
Association pour le financement de la négociation collective en agriculture	
Fonctionnement du service de santé et de sécurité au travail	0,42 %
<b>TOTAL</b>	<b>35 %</b>

\* La cotisation AGFF sera remplacée en 2019 par la CEG, dans le cadre de la fusion AGIRC-ARRCO (cf. *supra*).

Source : direction de la sécurité sociale.

**2. Un dispositif supprimé car rendu comparativement moins attractif par le renforcement immédiat de l'allègement général**

● L'étude d'impact indique que 73 000 entreprises bénéficient du dispositif TO-DE, pour 25 % du total des heures de travail dans le secteur de la production agricole ; par comparaison dans le même secteur, 108 100 entreprises bénéficient de l'allègement général, pour 55 % du total des heures de travail. La même source précise qu' « *en termes d'heures de travail, les contrats ouvrant droit aux allègements généraux sont majoritaires dans les filières hormis pour les cultures spécialisées et la viticulture* ».

Ces deux secteurs seraient les seuls perdants à la suppression du dispositif TO-DE, compte tenu du renforcement de l'allègement général (respectivement – 52 et – 38 millions d'euros, alors que les autres filières seraient globalement gagnantes à hauteur de 20 millions d'euros). Pour relativiser la perte moyenne, l'étude d'impact indique qu'elle sera inférieure à 1 000 euros par an pour 56 % des établissements viticoles et près de 50 % des établissements de cultures spécialisées.

L'exonération étant compensée au régime social agricole par des crédits du budget de l'État, servis depuis la mission *Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales*, sa suppression permettrait à l'État de réaliser en 2019 une économie budgétaire de 573 millions d'euros. L'économie nette pour l'ensemble des administrations publiques (APU) serait de 123 millions, car le renforcement de l'allègement général dans les secteurs concernés est évalué à 450 millions <sup>(1)</sup>.

(1) Les montants indiqués sont ici ceux figurant dans un tableau de l'étude d'impact se voulant récapitulatif. Ils diffèrent parfois, sans que les motifs soient bien clairs, d'autres montants figurant dans la même source.

Le renforcement de l'allègement prendrait ici son plein effet dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, puisque l'ensemble des employeurs mentionnés aux 1<sup>o</sup> à 4<sup>o</sup> de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime font partie de ceux qui, par exception au décalage d'entrée en vigueur décrit au début de ce commentaire, bénéficieront immédiatement du renforcement complet de l'allègement général (3<sup>o</sup> du **B** du **VI**).

- Sur le plan légistique, la suppression du dispositif TO-DE est très simple, appelant l'abrogation des articles L. 741-5, L. 741-16 et L. 741-16-1 du code rural et de la pêche maritime (**II**), ainsi qu'une coordination dans le code du travail (2<sup>o</sup> du **IV**).

## **B. LA SUPPRESSION QUASI-TOTALE DES EXONÉRATIONS SPÉCIFIQUES AU SECTEUR DE L'INSERTION PAR L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET AUX CONTRATS AIDÉS**

### **1. L'insertion par l'activité économique**

#### *a. La suppression de l'exonération spécifique aux associations intermédiaires*

- Acteurs de l'insertion par l'activité économique (IAE), les associations intermédiaires (AI) sont définies par l'article L. 5132-7 du code du travail comme « *des associations conventionnées par l'État ayant pour objet l'embauche des personnes sans emploi, rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières, en vue de faciliter leur insertion professionnelle en les mettant à titre onéreux à disposition de personnes physiques ou de personnes morales* ».

En application de l'article L. 241-11 du code de la sécurité sociale, les AI bénéficient au titre de l'embauche de ces personnes en difficulté d'une exonération des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exclusion de la cotisation AT-MP. L'exonération, applicable quel que soit le montant du salaire, est plafonnée à 750 heures par an (article D. 241-6 du même code). Les AI bénéficient en outre d'une exonération de la cotisation au FNAL, par tolérance administrative.

Les AI emploient 56 500 salariés selon l'étude d'impact. Selon la même source, l'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale coûterait en 2019 82 millions d'euros à l'État, qui compense le dispositif aux organismes de sécurité sociale.

- Au niveau du SMIC, l'allègement général renforcé est nettement plus avantageux que l'exonération spécifique aux AI<sup>(1)</sup>, comme l'illustre le tableau suivant. Il faut en outre signaler que les structures associatives, dans le secteur de l'IAE mais pas seulement, sont spontanément gagnantes à la suppression du CITS

---

(1) Les deux avantages n'étant pas cumulables ; cette règle usuelle vaut pour les autres exonérations spécifiques décrites dans la suite de ce commentaire.

dont elles bénéficieraient, puisque ce crédit d'impôt de 4 % est remplacé par une réduction de cotisation maladie de 6 %, sur la même assiette.

**COMPARAISON DE L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL RENFORCÉ  
ET DE L'EXONÉRATION SPÉCIFIQUE AUX ASSOCIATIONS INTERMÉDIAIRES**

*(au niveau du SMIC)*

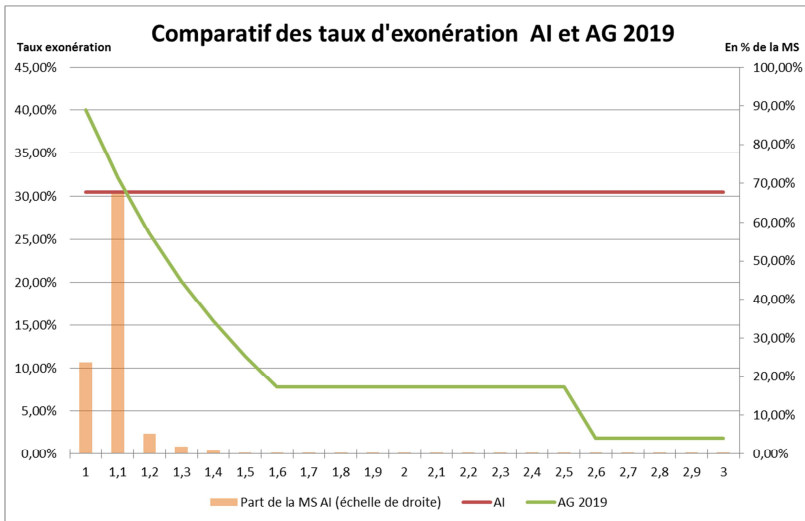
<b>Cotisations et contributions</b>	<b>Allègement général renforcé</b>	<b>Exonération AI</b>
Cotisation maladie	7 %	7 %
Cotisation famille	3,45 %	3,45 %
Cotisation vieillesse plafonnée	8,55 %	8,55 %
Cotisation vieillesse déplafonnée	1,9 %	1,9 %
Cotisation « socle » AT-MP	0,84 %	Hors champ
Contribution FNAL	0,5 %	0,5 %
CSA	0,3 %	Hors champ
Cotisation chômage	4,05	Hors champ
Cotisation retraite complémentaire	6,01	Hors champ
<b>TOTAL</b>	<b>32,6 %</b>	<b>21,4 %</b>

*Source : commission des affaires sociales.*

Malgré sa dégressivité, l'allègement général reste plus favorable que l'exonération spécifique jusqu'à 1,1 SMIC, sachant que 90 % de la masse salariale concernée est concentrée à ces niveaux de rémunération, comme l'illustre le graphique suivant <sup>(1)</sup>. Au surplus, l'allègement général ne cesse pas de s'appliquer au-delà de 750 heures par an, à la différence de l'exonération spécifique. Au total, la suppression de l'exonération spécifique au profit de l'allègement général sera coûteux pour les finances publiques, à hauteur de 33 millions d'euros (115 millions d'euros de coût pour les ASSO contre 82 millions d'économies pour l'État).

---

*(1) Qui ajoute aux taux d'exonération figurant dans le tableau précédent les réductions forfaitaires de cotisation maladie et famille, illustrant les différences de présentation méthodologiques évoquées précédemment.*



MS : masse salariale

AG : allègement général

Source : étude d'impact.

● Sur le plan légistique, le 7° du I abroge l'article L. 241-11. Le 1° du B du VI prévoit que les AI font partie des employeurs bénéficiant dès janvier prochain du renforcement intégral de l'allègement général.

***b. Le maintien de l'exonération spécifique aux ateliers et chantiers d'insertion pour les seuls employeurs publics***

● Régis par les articles L. 5132-15 et L. 5132-15-1 du code du travail, les ateliers et chantiers d'insertion (ACI) sont des structures d'insertion par l'activité économique qui emploient des personnes éloignées de l'emploi et présentant des difficultés sociales et professionnelles particulières (avec des contrats à durée déterminée d'une nature particulière, les CDDI – I pour insertion). Les ACI, à la différence des autres structures de l'IAE, se trouvent exclusivement dans le secteur non marchand. Les ACI sont « portés » par des organismes eux-mêmes conventionnés par l'État, pour une durée de trois ans.

En application du A du IV de l'article 20 de la LFSS 2014<sup>(1)</sup>, ces organismes bénéficient d'une série d'exonérations au titre des rémunérations versées aux personnes embauchées en CDDI, lorsque ces embauches ouvrent droit au versement de l'aide au poste<sup>(2)</sup>. Pendant la durée d'attribution de l'aide, les employeurs sont en effet exonérés :

(1) Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013.

(2) L'aide au poste, dont le fondement législatif se trouve à l'article L. 5232-2 du code du travail, s'est substituée en 2014 aux aides diverses dont bénéficiaient les structures de l'IAE. Pour les besoins de ce commentaire, il n'est pas nécessaire d'en dire davantage.

- des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la cotisation AT-MP, et pour la seule fraction de la rémunération n'excédant pas le SMIC (mais sans limite de rémunération) ;

- de la taxe sur les salaires ;

- de la taxe d'apprentissage ;

- de la participation de l'employeur à l'effort de construction (PEEC).

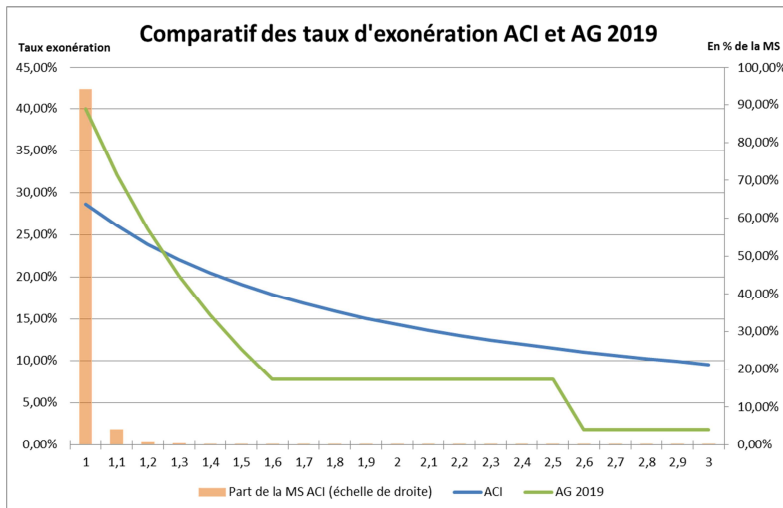
• L'allègement général renforcé est donc plus avantageux que l'exonération spécifique de cotisations patronales au niveau du SMIC, du fait de son champ plus large (cf. tableau ci-dessous). Au surplus, compte tenu de la distribution des salaires concernés, quasiment tous inférieurs à 1,2 SMIC, l'allègement général est presque toujours préférable à l'exonération spécifique (cf. graphique).

**COMPARAISON DE L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL RENFORCÉ  
ET DE L'EXONÉRATION SPÉCIFIQUE AUX ATELIERS ET CHANTIERS D'INSERTION**

*(au niveau du SMIC)*

Cotisations et contributions	Allègement général renforcé	Exonération ACI
Cotisation maladie	7 %	7 %
Cotisation famille	3,45 %	3,45 %
Cotisation vieillesse plafonnée	8,55 %	8,55 %
Cotisation vieillesse déplafonnée	1,9 %	1,9 %
Cotisation « socle » AT-MP	0,84 %	Hors champ
Contribution FNAL	0,5 %	Hors champ
CSA	0,3 %	Hors champ
Cotisation chômage	4,05	Hors champ
Cotisation retraite complémentaire	6,01	Hors champ
<b>TOTAL</b>	<b>32,6 %</b>	<b>20,9 %</b>

Source : commission des affaires sociales.



Source : étude d'impact.



La seule catégorie d'employeurs possiblement perdante serait celle qui n'est pas éligible à l'allègement général, à savoir les employeurs publics (14 % des 48 900 CDDI concernés).

Il est donc prévu de supprimer l'exonération spécifique pour la généralité des employeurs, mais de la conserver pour les seuls employeurs publics mettant en place des ACI conventionnés par l'État. Cette modification est apportée au 1° du A du IV de l'article 20 de la LFSS 2014 par le 2° du V du présent article <sup>(1)</sup>.

À droit constant, l'exonération spécifique de cotisations de sécurité sociale, compensée par l'État, s'élèverait à 137 millions d'euros en 2019, dont 118 millions au profit des employeurs privés et 19 au profit des employeurs publics. Avec le basculement vers l'allègement général prévu par le présent article, le soutien apporté aux employeurs privés s'élèvera à 166 millions d'euros, soit un surplus de 48 millions ; la situation des employeurs publics sera inchangée. Ce sera le cas dès janvier, les ACI faisant comme les AI exception au décalage à octobre du renforcement total de l'allègement général (1° du B du VI).

## **2. Le maintien de l'exonération spécifique aux contrats d'accompagnement dans l'emploi pour les seuls employeurs publics**

● Le contrat unique d'insertion (CUI) est un contrat aidé qui se décline en deux formes selon qu'il est conclu dans le secteur marchand (CUI-CIE, pour contrat d'initiative emploi) ou non marchand (CUI-CAE, pour contrat d'accompagnement dans l'emploi).

Le CUI-CAE ouvre droit au versement par l'État d'une aide à l'insertion professionnelle. En application de l'article L. 5134-31 du code du travail, les employeurs bénéficient en outre d'une série d'exonérations, identiques à celle applicables aux ACI (cf. *supra*) :

- cotisations patronales de sécurité sociale, dans la limite du SMIC <sup>(2)</sup> ;
- taxe sur les salaires ;
- taxe d'apprentissage ;
- PEEC.

Le montant de l'exonération de cotisations de sécurité sociale, non compensée, est estimé à 553 millions d'euros en 2019.

---

(1) Aucune modification n'est apportée aux autres exonérations, au-delà des cotisations sociales ; les employeurs continueront donc de bénéficier des exonérations de taxe sur les salaires, de taxe d'apprentissage et de PEEC.

(2) Le principe de la limite est prévu par la loi, son montant est fixé par l'article D. 5134-48 du code du travail.

• L'allègement général renforcé est donc plus favorable au niveau du SMIC que l'exonération spécifique attachée aux CUI-CAE. Selon l'étude d'impact, il le reste jusqu'à 1,2 SMIC, sachant que la quasi-totalité de la masse salariale concernée est concentrée sous ce niveau de rémunération.

La suppression de l'exonération spécifique au profit de l'allègement général générerait d'ailleurs un surcoût de 100 millions d'euros par rapport à l'exonération spécifique, pour les employeurs éligibles à l'allègement général, c'est-à-dire les employeurs privés (représentant 62 % des contrats concernés).

Comme pour les ACI, les employeurs publics (38 % des contrats), non éligibles à l'allègement général, bénéficieraient du maintien de l'exonération actuelle.

Le 1° du IV modifie la rédaction du 1° de l'article L. 5134-31 du code du travail, pour réserver l'exonération actuelle <sup>(1)</sup> aux collectivités territoriales et aux autres personnes morales de droit public, mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 5134-21.

## **C. LA RÉFORME DES EXONÉRATIONS SPÉCIFIQUES AUX CONTRATS D'ALTERNANCE**

### **1. Les contrats d'apprentissage**

#### *a. Un régime assez complexe d'exonérations spécifiques, patronales et salariales*

L'article L. 6243-2 du code du travail prévoit un régime social dérogatoire en faveur des contrats d'apprentissage. Rappelons qu'un apprenti est un jeune âgé de 16 à 30 ans <sup>(2)</sup> qui exerce une activité professionnelle en alternance, dans le cadre d'une formation initiale.

#### i. Des charges patronales et salariales calculées sur une base forfaitaire

Le I de l'article L. 6243-2 prévoit comme première dérogation au droit commun une assiette forfaitaire pour les cotisations et contributions sociales – patronales comme salariales –, à l'exception de la cotisation vieillesse <sup>(3)</sup>. La rémunération réelle est abattue d'un pourcentage du SMIC, fixé par décret.

---

(1) De cotisations de sécurité sociale uniquement ; les autres exonérations continueront de s'appliquer dans les conditions actuelles.

(2) La limite supérieure d'âge a été relevée de 25 à 29 ans révolus par l'article 13 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. Pour plus de précisions sur le régime de l'apprentissage, on se reportera utilement au commentaire des articles 7 à 9 du projet de loi par notre collègue Catherine Fabre : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r1019-t11.pdf>, pages 70 à 95.

(3) Cette exception a pour objet de permettre une cotisation sur la base des revenus réels, et par conséquent l'ouverture de droits à pension plus importants.

L'article D. 6243-5 a fixé le taux de l'abattement à 11 % ; il est de 20 % dans les DOM.

La rémunération des apprentis est encadrée par la loi et le règlement <sup>(1)</sup>, qui fixent un seuil minimal en fonction de l'âge de l'apprenti et de l'ancienneté de son contrat (la période d'apprentissage dure au plus trois ans) ; le tableau suivant indique, pour chacun de ces niveaux de rémunération minimale, l'assiette de calcul des cotisations sociales en métropole, donc après abattement de 11 points.

**ASSIETTE DES COTISATIONS SOCIALES\*  
SUR LA RÉMUNÉRATION MINIMALE DES APPRENTIS EN MÉTROPOLE**

*(en % du SMIC\*\*)*

	Avant 18 ans	De 18 à 20 ans	21 ans et plus
<b>Première année d'apprentissage</b>			
<b>Rémunération minimale</b>	25 %	41 %	53 %
<b>Assiette des cotisations</b>	14 %***	30 %	42 %
<b>Deuxième année d'apprentissage</b>			
<b>Rémunération minimale</b>	37 %	49 %	61 %
<b>Assiette des cotisations</b>	26 %	38 %	50 %
<b>Troisième année d'apprentissage</b>			
<b>Rémunération minimale</b>	53 %	65 %	78 %
<b>Assiette des cotisations</b>	42 %	54 %	67 %

\* Salariales et patronales, à l'exception de la cotisation vieillesse.

\*\* Ou, s'agissant des 21 ans et plus, du salaire minimum conventionnel s'il est plus favorable.

\*\*\* Dans les DOM, par application de l'abattement de 20 %, l'assiette serait ici égale à 5 %.

Source : *commission des affaires sociales, sur la base de l'étude d'impact.*

**ii. Des exonérations de charges patronales plus ou moins larges selon la taille de l'entreprise**

Le II de l'article L. 6243-2 prévoit une exonération des charges patronales (charges qui autrement frapperaient donc une assiette réduite), en distinguant deux cas de figure :

– les employeurs de moins de 11 salariés ainsi que les artisans <sup>(2)</sup> sont exonérés de l'ensemble des cotisations légales et conventionnelles, à l'exclusion de la cotisation AT-MP ;

– les autres employeurs sont exonérés des seules cotisations de sécurité sociale proprement dites, à l'exclusion de la cotisation AT-MP.

(1) Articles L. 6222-27 et D. 6222-26 du code du travail.

(2) Définis comme les employeurs inscrits au répertoire des métiers.

Dans les deux cas, l'exonération est totale quel que soit le montant de la rémunération.

iii. Une exonération de charges salariales dont la base juridique n'est pas très claire

Les 1° à 3° de l'article L. 6243-3 prévoient les modalités de prise en charge par l'État des cotisations et contributions sociales des apprentis, dans des termes laissant une grande marge d'appréciation au pouvoir réglementaire. Mais ces dispositions législatives apparaissent obsolètes et mal rédigées : ainsi, il y est fait référence à des articles ne figurant plus dans le code ; par ailleurs, il est fait mention des seules « *cotisations et contributions sociales des apprentis* », laissant ainsi croire que seules les charges salariales sont concernées, alors même que l'article mentionne certaines charges exclusivement patronales.

L'exonération totale des charges salariales trouve sa curieuse base juridique au II de l'article L. 6243-2, qui prévoit au profit de l'employeur une exonération totale des cotisations salariales, ce qui n'a aucun sens sauf à être interprété, et c'est bien le cas, comme une exonération des salariés...

L'annexe 5 au PLFSS 2018 <sup>(1)</sup> fournit des informations un peu plus précises, selon lesquelles :

– les cotisations – salariales mais aussi patronales, à l'exception des cotisations conventionnelles – exonérées sont prises en charge par l'État ;

– à l'exception :

- de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), dont sont donc manifestement exonérés les salariés ;
- de la cotisation vieillesse assise sur la fraction de rémunération excédant le minimum légal.

***b. La réforme proposée par le Gouvernement***

i. La suppression des exonérations patronales spécifiques au profit de l'allègement général renforcé

● Compte tenu du renforcement de l'allègement général, les exonérations de charges patronales spécifiques aux contrats d'apprentissage perdent de leur attractivité pour les rémunérations au niveau du SMIC, comme l'illustre le tableau suivant.

---

(1) « Présentation des mesures d'exonérations de cotisations et contributions et de leurs compensations », pages 77 à 80 : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe\\_5\\_plfss\\_2018vdef2.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_5_plfss_2018vdef2.pdf)

**COMPARAISON DE L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL RENFORCÉ  
ET DES EXONÉRATIONS SPÉCIFIQUES AUX CONTRATS D'APPRENTISSAGE**

*(au niveau du SMIC)*

Champ des cotisations et contributions	Allègement général renforcé	Exonérations spécifiques aux contrats d'apprentissage	
		Artisans et moins de 11 salariés	Autres employeurs
Cotisation maladie	7 %	7 %	7 %
Cotisation famille	3,45 %	3,45 %	3,45 %
Cotisation vieillesse plafonnée	8,55 %	8,55 %	8,55 %
Cotisation vieillesse déplafonnée	1,9 %	1,9 %	1,9 %
Cotisation « socle » AT-MP	0,84 %	Hors champ	Hors champ
Contribution FNAL	0,1 ou 0,5 %	0,1 %	Hors champ
CSA	0,3 %	0,3 %	Hors champ
Cotisation chômage	4,05 %	4,05 %	Hors champ
Cotisation retraite complémentaire	6,01 %	6,01 %	Hors champ
Cotisation AGS*	Hors champ	0,15 %	Hors champ
Contribution au dialogue social**	Hors champ	0,016 %	Hors champ
<b>TOTAL</b>	<b>32,2 ou 32,6 %</b>	<b>31,5 %</b>	<b>20,9 %</b>

\* Association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariées, destinée à garantir les salariés d'un risque de défaut de paiement des salaires, en cas de difficulté de l'employeur. La cotisation AGS est assise sur le salaire dans la limite de 4 PASS.

\*\* Assise sur la totalité du salaire, elle est affectée au fonds paritaire dédié au financement des organisations syndicales et patronales.

Source : commission des affaires sociales, sur la base de l'étude d'impact.

● Le Gouvernement entend donc supprimer les exonérations patronales spécifiques aux contrats d'apprentissage.

L'abattement d'assiette est supprimé, car il « ne procure pas d'avantage supplémentaire dans la mesure où les cotisations sont en tout état de cause exonérées »<sup>(1)</sup>. Sa suppression permettrait donc de simplifier le droit applicable. Elle aurait en outre pour conséquence de faire compenser par l'État l'intégralité de la réduction de la cotisation vieillesse.

La suppression de l'exonération patronale spécifique contribuerait également à la simplification du droit, en supprimant la distinction entre la généralité des employeurs d'un côté et les employeurs de moins de 11 salariés et les artisans de l'autre. Elle permettrait en outre de renforcer le soutien apporté aux employeurs pour les rémunérations au voisinage du SMIC. Dans l'ensemble, l'étude d'impact estime que pour 94 % des contrats, le passage du régime spécifique à l'allègement général sera neutre (employeurs de moins de 11 salariés) ou profitable (autres employeurs). Les seuls employeurs perdants parmi les « moins de 11 » sont ceux qui versent à leurs apprentis des rémunérations supérieures au SMIC (1,8 % des employeurs), car l'allègement général est immédiatement décroissant au-delà du SMIC alors que l'exonération spécifique

---

(1) Étude d'impact.

reste totale sur toute l'échelle des salaires. Seraient également perdants les 0,3 % de contrats<sup>(1)</sup> offrant une rémunération supérieure à 1,6 SMIC, du fait de l'extinction à ce niveau de l'allègement général.

- Afin de faire aussi peu de perdants que possible, le Gouvernement prévoit que les contrats d'apprentissage bénéficient immédiatement de l'intégralité du renforcement de l'allègement général, sans attendre le 1<sup>er</sup> octobre 2019.

Dans la même logique, les employeurs publics, non éligibles à l'allègement général, continueront de bénéficier d'une exonération dans les conditions actuelles (pour un peu moins de 30 000 apprentis).

- L'étude d'impact évalue à 258 millions d'euros le coût du passage des exonérations patronales spécifiques à l'allègement général renforcé.

#### ii. L'encadrement de l'exonération des charges salariales

Le principe de l'assiette forfaitaire est supprimé, car il est commun aux exonérations patronales et salariale. Comme d'ailleurs pour le volet patronal, le calcul des cotisations sur l'intégralité de l'assiette ouvrira davantage de droits aux apprentis.

Le principe d'une exonération totale est en revanche maintenu, mais l'assiette de l'exonération sera plafonnée au niveau de la rémunération minimale la plus élevée, à savoir 78 % du SMIC. Il s'agit selon l'étude d'impact de tirer les conséquences du récent relèvement de l'âge maximal de l'apprentissage, qui fera entrer dans le champ de l'exonération des apprentis plus âgés et donc possiblement mieux rémunérés. Il est ainsi indiqué que « *si la rémunération d'un apprenti au SMIC était exonérée totalement de cotisations sociales et de CSG et CRDS, la rémunération mensuelle nette correspondante serait supérieure de 310 euros, soit plus de 25 %, à celle d'un salarié de droit commun rémunéré au SMIC* ».

La même source indique que ce plafonnement sera sans effet pour environ 90 % des contrats d'apprentissage.

#### iii. Détails du dispositif juridique proposé

Le 5° du IV procède à une rédaction globale de l'article L. 6243-2 du code du travail, ayant pour effet de supprimer le principe de l'assiette forfaitaire et le régime spécifique d'exonérations patronales. La nouvelle rédaction prévoit expressément et clairement l'exonération salariale de la totalité des cotisations et contributions légales et conventionnelles, mais sur une fraction seulement de la rémunération (qui sera fixé par voie réglementaire à 78 % du SMIC).

---

(1) Sachant que la mesure des pertes par contrats n'a rien de très significatif, car un même employeur peut rémunérer diversement ses apprentis.

La suppression de l'assiette forfaitaire entraîne la prise en charge complète par l'État de la réduction de cotisation vieillesse, appelant par conséquent la suppression du II de l'article 20 de la LFSS 2014, prévoyant la non-compensation partielle (1° du V).

Le 6° du IV supprime les quatre premiers alinéas de l'article L. 6243-3, qui prévoient les modalités de prise en charge par l'État des actuelles exonérations.

Le 2° du B du VI prévoit une entrée en vigueur immédiate, au 1<sup>er</sup> janvier 2019, de l'intégralité du renforcement de l'allègement général s'agissant des contrats d'apprentissage.

Le 4° du IV crée un nouvel article L. 6227-8-1, qui maintient au profit des seuls employeurs publics le régime actuel d'exonération patronale le plus favorable, à savoir de l'ensemble des cotisations sociales légales et conventionnelles, à l'exclusion de la cotisation AT-MP.

Le 7° du IV est de coordination, et le 3° du même IV est de portée rédactionnelle.

## **2. La suppression de l'exonération spécifique aux contrats de professionnalisation**

- Le contrat de professionnalisation est en quelque sorte le pendant du contrat d'apprentissage, mais dans le champ de la formation continue. Il doit en effet permettre l'acquisition d'une qualification professionnelle reconnue (diplôme, titre, certificat de qualification professionnelle). Le contrat peut être conclu par un jeune de 16 à 25 ans en complément de sa formation initiale, un demandeur d'emploi de plus de 26 ans, ainsi que les bénéficiaires de certains minima sociaux.

- En application des articles L. 6325-16 à L. 6325-22 du code du travail, les contrats de professionnalisation ouvrent droit à une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale, dont le montant maximal est égal à celui atteint pour 1 SMIC.

Par exception aux principes usuels, la cotisation AT-MP entre dans le champ de l'exonération :

- lorsque le salarié est un demandeur d'emploi d'au moins 45 ans ;
- lorsque le salarié est embauché par un groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification (organismes régis par l'article L. 1253-1 du code du travail).

- L'étude d'impact indique que *« l'avantage offert par ce dispositif d'exonération sera [...] moindre que celui conféré par les allègements généraux*

*renforcés* ». Par conséquent, le 8° du IV abroge les articles L. 6325-16 à L. 6325-22 du code du travail (et la section qui les contient).

Le passage à l'allègement général renforcé, qui se ferait intégralement dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 (2° du B du VI) aurait un coût de 5 millions d'euros, le dernier coût connu de la mesure en l'état du droit étant de 10 millions d'euros pour un effectif de 10 000 personnes et 7 000 employeurs environ.

#### **D. LA RÉFORME DE L'EXONÉRATION SPÉCIFIQUE AUX STRUCTURES EMPLOYANT DES AIDES À DOMICILE AUPRÈS DE PUBLICS FRAGILES**

##### **1. Une exonération totale, sans limite de rémunération, mais sur un champ moins large que celui de l'allègement général**

● Le I de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale prévoit un régime spécifique d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale pour l'emploi direct d'une aide à domicile par des personnes « fragiles », succinctement définies comme suit <sup>(1)</sup> :

- personnes âgées d'au moins 70 ans ;
- personnes ayant à leur charge un enfant handicapé ;
- personnes handicapées, invalides ou victimes d'un accident du travail nécessitant une aide à domicile ;
- personnes âgées d'au moins 70 ans et dépendantes d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
- personnes dont l'état de dépendance ouvre droit à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Le champ de l'exonération est limité aux cotisations de sécurité sociale proprement dites, à l'exclusion des cotisations AT-MP.

L'exonération s'applique quel que soit le montant de la rémunération versée à l'aide à domicile.

En principe totale, l'exonération est simplement plafonnée en montant dans le premier cas mentionné, c'est-à-dire lorsque la personne aidée est âgée d'au moins 70 ans mais non dépendante (65 fois le SMIC horaire par mois, soit 642 euros en 2018).

---

(1) Par souci de clarté, on n'entre pas ici dans le détail des dispositions du I de l'article L. 241-10 ; on peut néanmoins en retenir que, pour chaque cas mentionné, des conditions sont requises : typiquement le fait d'avoir droit à la prestation de compensation du handicap pour les personnes hâtivement désignées ici comme handicapées.



● Le III du même article L. 241-10 rend éligibles à l'exonération certaines structures employant des aides à domicile, en principe en CDI :

– associations et entreprises relevant du secteur des services à la personne, dans des conditions de déclaration fixées par le code du travail (1° du III) ;

– centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (2°) ;

– organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé une convention avec un organisme de sécurité sociale (3°).

L'exonération porte sur la fraction des rémunérations versée au titre d'activités éligibles<sup>(1)</sup>, à savoir l'exécution de tâches effectuées au domicile privatif<sup>(2)</sup> :

– des personnes éligibles à l'exonération si elles emploient directement l'aide à domicile, énumérées *supra* ;

– des personnes bénéficiaires :

○ de prestations d'aide-ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les structures éligibles et un organisme de sécurité sociale ;

○ des prestations de l'aide sociale à l'enfance – sous la forme de l'intervention d'une aide-ménagère ou d'un technicien de l'intervention sociale et familiale –, ou des mêmes prestations mais dans le cadre d'une convention conclue avec un organisme de sécurité sociale.

● Le coût total de l'exonération spécifique – compensée par l'État – est estimé à 1,7 milliard d'euros pour 2019, dont 861 millions au profit des organismes. Ces organismes sont par ailleurs éligibles au CICE et au CITS, selon leur statut, pour un coût estimé à respectivement 47 et 50 millions d'euros en 2019.

## **2. Un nouveau régime en faveur des structures privées, plus proche de celui de l'allègement général**

● Le Gouvernement souhaite, s'agissant des structures privées, rapprocher le régime de l'exonération spécifique du droit commun, à savoir l'allègement général renforcé.

---

(1) Et exclusivement sur cette fraction : un salarié d'un organisme éligible à l'exonération spécifique mais exerçant seulement la moitié de son temps de travail auprès d'une personne fragile ouvrira droit à l'exonération spécifique à hauteur de la moitié de sa rémunération ; le cas échéant, l'autre moitié sera éligible à l'allègement général, sous réserve d'en remplir les conditions.

(2) Hors établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Soucieux de maintenir globalement constant l'effort public à destination du secteur des services à la personne, le Gouvernement propose de conserver le principe d'une exonération spécifique : totale pour les rémunérations n'excédant pas 1,1 SMIC, elle deviendrait ensuite dégressive pour s'annuler, comme l'allègement général, à 1,6 SMIC ; sur cette échelle à l'avenir limitée, le champ des cotisations et contributions réduites serait élargi pour être aligné sur celui de l'allègement général.

L'étude d'impact indique que la réforme envisagée serait « à coût constant pour les finances publiques ». Plus de 60 % des structures seraient gagnantes, essentiellement les associations de moins de 50 salariés. Les pertes moyennes (3 % de la masse salariale) seraient en tout état de cause très inférieures aux gains moyens (7,5 % de la masse salariale).

- Sur le plan légistique, le **a)** du **6°** du **I** insère deux nouveaux alinéas au sein du **III** de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, afin de prévoir le nouveau régime d'allègement applicable aux structures privées.

Les structures en question sont celles mentionnées aux 1° et 3° dudit **III** – à l'exclusion donc des centres communaux et intercommunaux d'action sociale qui sont des établissements publics –, et à la condition expresse que ces structures « constituent des employeurs de droit privé ».

Le premier des deux alinéas nouveaux élargit pour ces structures le champ de l'exonération, pour l'aligner sur celui de l'allègement général : la CSA, la contribution au FNAL, la cotisation AT-MP, la cotisation de retraite complémentaire et la cotisation d'assurance chômage sont ainsi énumérées.

Le second alinéa prévoit la dégressivité de l'exonération entre 1,1 et 1,6 SMIC.

Le **b)** du **6°** et le **3°** du **I** sont de coordination.

## **E. LA RATIONALISATION DU DISPOSITIF D'EXONÉRATION SPÉCIFIQUE AUX EMPLOYEURS ULTRAMARINS**

### **1. La situation particulière de l'outre-mer a justifié la création de dispositifs spécifiques d'allègements de cotisations patronales de sécurité sociale.**

- La situation économique et sociale des départements d'outre-mer (DOM) est globalement plus dégradée que celle de la France dans son ensemble. Ainsi, dans chacun des DOM, le taux de chômage est, pour simplifier, au moins deux fois supérieur au taux moyen national : selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), ce taux était ainsi de 9,4 %

en 2017, contre 17,8 % en Martinique, 22,4 % en Guadeloupe et en Guyane, et 22,8 % à La Réunion <sup>(1)</sup>.

Les difficultés structurelles des DOM sont bien connues et judicieusement rappelées dans l'étude d'impact : éloignement voire insularité (et donc nécessité de stockage), étroitesse des marchés (et donc difficultés à réaliser des économies d'échelle), forte exposition à des risques exogènes (notamment climatiques).

• Cette situation particulière a justifié la mise en place, dès 1994, d'un régime spécifique d'allègement des cotisations patronales de sécurité sociale. De nombreuses réformes sont intervenues depuis 1994 : en 2000, 2003, 2007, 2008, 2009, 2013, 2014, 2015. L'architecture générale ayant été profondément remaniée par la loi pour le développement économique des outre-mer de 2009 (LODEOM) <sup>(2)</sup>, le régime d'allègement est encore désigné sous le vocable « exonérations LODEOM », malgré les évolutions intervenues depuis.

## **2. Le dispositif en vigueur, plusieurs fois modifié au cours des dernières années, est particulièrement complexe.**

### ***a. Collectivités, employeurs et cotisations concernés***

• En application du I de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, les exonérations LODEOM s'appliquent en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane, à La Réunion, mais aussi à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, qui ne sont pas des DOM mais des collectivités d'outre-mer (COM). Sauf mention contraire, l'acronyme « DOM » employé dans la suite de ce commentaire s'entendra, abusivement mais commodément, de ces six collectivités, incluant donc deux COM mais excluant un DOM (Mayotte).

• Les exonérations sont réservées aux employeurs privés à l'exclusion des entreprises et établissements publics. Comme c'est classiquement le cas des exonérations spécifiques à certaines zones géographiques ou à certains secteurs économiques, elles ne sont pas cumulables avec l'allègement général, même si l'option en faveur de ce dernier est toujours possible.

• Les charges exonérées sont les cotisations de sécurité sociale proprement dites, à l'exclusion de celles destinées à couvrir le risque AT-MP : maladie-maternité, vieillesse, famille.

### ***b. Une distinction générale entre régime de droit commun et régime bonifié***

#### **i. Le régime de droit commun**

Il est ouvert :

---

(1) <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3573767?sommaire=3573876>

(2) Loi n° 2009-594 du 27 mai 2009.

– à tous les employeurs occupant moins de 11 salariés (1° du II de l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale) ;

– aux entreprises – quel que soit leur effectif – exerçant leur activité dans l’un des secteurs d’activité inventoriés dans le tableau ci-dessous.

**EXONÉRATIONS LODEOM : RÉGIME DE DROIT COMMUN**

Secteur	Base juridique
Bâtiment et travaux publics (BTP)	2° du II de l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale
Industrie	
Restauration	
Presse	
Production audiovisuelle	
Énergies renouvelables	
Nouvelles technologies de l’information et de la communication (NTIC)	
Centres d’appel	
Pêche	
Cultures marines	
Agriculture, y compris les coopératives agricoles, les sociétés d’intérêt collectif agricoles et leurs unions	
Coopératives maritimes et leurs unions	
Tourisme, restauration de tourisme et activités de loisirs se rapportant au tourisme	
Hôtellerie	
Entreprises de transport aérien assurant : - la liaison entre la métropole et les DOM (y compris Mayotte) ainsi que certaines COM (Saint-Martin et Saint-Barthélemy, mais également Saint-Pierre-et-Miquelon) - la liaison entre ces départements ou collectivités - la desserte intérieure des DOM (à l’exclusion de Mayotte), de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy	3° du II de l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale
Entreprises de transport maritime ou fluvial assurant : - la desserte de plusieurs points des DOM (à l’exclusion de Mayotte), de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy - la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités - la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte	4° du II de l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale

Source : commission des affaires sociales, sur la base du code de la sécurité sociale.

**ii. Le régime bonifié**

● Il était originellement ouvert aux entreprises éligibles au régime bonifié des zones franches d’activité (ZFA), lui-même créé par la LODEOM, et qui prévoit notamment un abattement d’assiette pour l’établissement de l’impôt sur les bénéfices, abattement majoré dans certains secteurs et certaines zones géographiques considérés comme prioritaires. Les législations fiscale et sociale ont divergé depuis 2009, de sorte que les régimes, quoique très proches, ne sont désormais plus parfaitement alignés.

On retiendra que le régime social bonifié, prévu au IV de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, est ouvert aux entreprises :

- soumises à un régime réel d'imposition de leurs bénéficiaires (3° du IV) ;
- employant moins de 250 salariés et réalisant un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros (soit les petites et moyennes entreprises – PME – au sens du droit de l'Union européenne) – 1° du IV ;
- et exerçant leur activité dans un secteur ou une zone géographique considérés comme prioritaires.

● Les secteurs prioritaires sont la recherche et développement (R&D), les technologies de l'information et de la communication (TIC), le tourisme, l'agro-nutrition, l'environnement, les énergies renouvelables (a du 4° du IV).

Sont assimilés aux secteurs prioritaires (b du 4° du IV) :

– le fait d'avoir signé avec une université ou un organisme public de recherche une convention agréée par l'autorité administrative, portant sur un programme de recherche dans le cadre d'un projet de développement, si les dépenses de recherche – définies comme celles éligibles au crédit d'impôt recherche – représentent au moins 5 % des charges engagées par l'entreprise au cours de l'exercice ;

– le fait d'avoir réalisé des opérations de transformation sous douane représentant au moins un tiers du chiffre d'affaires de l'exercice. Le régime européen de la transformation sous douane <sup>(1)</sup> permet, sous conditions, la transformation de marchandises non communautaires en franchise de droits de douane, avant leur commercialisation au sein de l'Union européenne.

● Les zones géographiques prioritaires sont :

– d'une part, la Guyane, les îles du large de la Guadeloupe (Les Saintes, La Désirade, Marie-Galante), les communes de La Réunion situées dans une zone spéciale d'action rurale <sup>(2)</sup> ;

– d'autre part, des communes de Guadeloupe et de Martinique, classées en zone de montagne, isolées et faiblement peuplées (dont la liste est fixée par décret).

Il faut préciser que, même dans les zones prioritaires, le bénéfice du régime bonifié est conditionné à l'exercice de l'activité dans certains secteurs, qui ne correspondent ni aux secteurs du régime de droit commun ni aux secteurs prioritaires qui viennent d'être présentés, ouvrant droit au bénéfice du régime

---

(1) Défini aux articles 130 à 136 du règlement (CEE) n° 2913/92 du Conseil du 12 octobre 1992 établissant le code des douanes communautaire.

(2) Définie par l'article 2 du décret n° 78-690 du 23 juin 1978.

bonifié indépendamment de l’implantation géographique. Les secteurs dont il est ici question sont ceux ouvrant droit au bénéfice de la réduction d’impôt sur le revenu prévue par l’article 199 *undecies* B du code général des impôts (dispositif dit « Girardin productif ») – c’est-à-dire par principe l’ensemble des activités productives, à l’exclusion de certains secteurs limitativement énumérés –, auxquels sont ajoutés la comptabilité, le conseil aux entreprises, l’ingénierie, les études techniques à destination des entreprises, la R&D, les TIC. La seule lecture de ces lignes permet de constater un enchevêtrement peu lisible des critères d’éligibilité, certains secteurs se retrouvant à la fois dans la liste ouvrant droit au régime bonifié au titre de la zone d’implantation et dans la liste ouvrant droit au régime bonifié au titre du secteur d’activité (R&D par exemple).

**EXONÉRATIONS LODEOM : RÉGIME BONIFIÉ (RÉSERVÉ AUX PME IMPOSÉES AU RÉEL)**

Secteur ou zone géographique	Base juridique
R&D	a du 4° du IV de l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale
TIC	
Tourisme, y compris les activités de loisirs s’y rapportant	
Environnement	
Agronutrition	
Énergies renouvelables	
Entreprises ayant signé une convention de recherche	b du 4° du IV de l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale
Entreprises réalisant des opérations de transformation sous douane	
Entreprises situées : <ul style="list-style-type: none"> <li>- en Guyane</li> <li>- aux Saintes</li> <li>- à Marie-Galante</li> <li>- à La Désirade</li> <li>- dans les communes de La Réunion situées dans une zone spéciale d’action rurale</li> <li>- dans les communes de Guadeloupe et de Martinique situées en zones de montage, isolées et faiblement peuplées</li> <li>- et exerçant leur activité dans un secteur éligible à la réduction d’impôt « Girardin productif » ou dans la comptabilité, le conseil aux entreprises, l’ingénierie, les études techniques à destination des entreprises, la R&amp;D, les TIC</li> </ul>	4° du IV de l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale

Source : commission des affaires sociales, sur la base du code de la sécurité sociale.

***c. D’autres critères de distinction, aboutissant à la coexistence de six barèmes d’exonérations***

● La distinction entre régime de droit commun et régime bonifié ne suffit pas à épuiser la diversité des conditions d’application des exonérations LODEOM, puisque des différences existent aussi selon :

– la taille de l’entreprise, celles employant moins de 11 salariés bénéficiant de conditions plus favorables que les autres entreprises placées sous le régime de droit commun ;

– le fait que l’employeur soit ou non éligible au CICE. La loi de finances pour 2014 <sup>(1)</sup> a en effet réduit l’avantage social des entreprises bénéficiant du CICE, afin de compenser l’écart de compétitivité avec les employeurs n’en bénéficiant pas, c’est-à-dire pour l’essentiel les organismes à but non lucratif.

On rappellera que le taux du CICE dans les DOM <sup>(2)</sup> est de 9 %, contre 6 % en métropole. Cette différenciation, introduite par la loi de finances pour 2015 <sup>(3)</sup>, avait pour objet de tirer les conséquences du Pacte de responsabilité et de solidarité. Parce qu’il renforçait les allègements de cotisations patronales de sécurité sociale applicables en métropole, notamment l’allègement général, le Pacte de responsabilité aurait eu pour effet mécanique de réduire, toutes choses égales par ailleurs, l’avantage comparatif dont bénéficiaient antérieurement les entreprises des DOM du fait des exonérations LODEOM. Afin de maintenir, sous une autre forme, le différentiel de coût du travail au bénéfice des employeurs des DOM, le taux du CICE y a donc été augmenté.

On précisera enfin que la LFSS 2016 <sup>(4)</sup> a recentré les allègements spécifiques aux DOM sur les bas salaires, tout en renforçant l’effort à destination des secteurs prioritaires.

• Il résulte de l’ensemble de ces évolutions un système assez complexe, composé de six barèmes ; plus lisible sous forme graphique que littéraire, le tableau suivant permet de le résumer.

---

(1) Article 130 de la loi n° 2013-1278 du 30 décembre 2013.

(2) Au sens strict : le CICE ne s’applique qu’aux employeurs assujettis à l’impôt sur les bénéfices français, ce qui n’est pas le cas à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

(3) Article 65 de la loi n° 2014-1654 du 29 décembre 2014.

(4) Article 10 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.

MODALITÉS DE CALCUL DES EXONÉRATIONS LODEOM

(en multiples de SMIC)

Seuil	Entreprises de moins de 11 salariés ne bénéficiant pas du CICE	Entreprises de moins de 11 salariés bénéficiant du CICE	Entreprises de plus de 10 salariés ne bénéficiant pas du CICE	Entreprises de plus de 10 salariés bénéficiant du CICE	Entreprises prioritaires ne bénéficiant pas du CICE	Entreprises prioritaires bénéficiant du CICE
<b>Seuil en deçà duquel l'exonération est totale</b>	1,4	1,4	1,4	1,3	1,7	1,7
<b>Palier pour lequel l'allègement est fixe en montant</b>	1,4 – 2	1,4 – 1,6	–	–	1,7 – 2,5	1,7 – 2,5
<b>Seuils entre lesquels l'allègement est dégressif</b>	1,4 – 3	1,6 – 2,3	1,4 – 3	1,3 – 2	2,5 – 4,5	2,5 – 3,5
<b>Seuils à partir duquel l'allègement s'annule</b>	3	2,3	3	2	4,5	3,5

Note de lecture, dans le cas d'une entreprise prioritaire ne bénéficiant pas du CICE :

- lorsque la rémunération du salarié n'excède pas 1,7 fois le SMIC, elle est entièrement exonérée de cotisations patronales de sécurité sociale ;
- lorsque la rémunération est comprise entre 1,7 et 2,5 SMIC, le montant de l'allègement de cotisations est égal à celui correspondant à une rémunération de 1,7 SMIC (mécanisme dit « de palier ») ;
- lorsque la rémunération est comprise entre 2,5 et 4,5 SMIC, le taux d'allègement est une fonction dégressive de la rémunération ;
- lorsque la rémunération dépasse 4,5 SMIC, les cotisations sont dues sur l'intégralité de la rémunération.

Source : *commission des affaires sociales.*

Au terme de la lecture de ce tableau, on comprend que le terme « exonérations LODEOM », pour commode qu'il soit, n'est pas rigoureusement exact. En effet, l'exonération n'est totale que jusqu'à certains niveaux de rémunération ; au-delà, et jusqu'au point de sortie, il s'agit d'un allègement de cotisations, une fraction de celles-ci demeurant due. Lorsque l'exonération est dégressive, son montant résulte d'une formule de calcul définie par décret, la valeur maximale du coefficient de dégressivité ne pouvant logiquement être supérieure à la somme des taux de cotisations due pour un SMIC, niveau auquel l'exonération est toujours totale (VIII de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale).



### 3. Cet article propose une réforme profonde des exonérations LODEOM.

#### a. *Maintenir l'attractivité des exonérations spécifiques tout en les rationalisant*

##### i. Alignement du régime des exonérations LODEOM sur celui de l'allègement général

- *Extension du champ des cotisations et contributions exonérées*

Compte tenu de la suppression du CICE et du renforcement de l'allègement général par les lois financières pour 2018, la réduction maximale de cotisations patronales permise en application du droit commun deviendrait, sans modification législative, plus attractive que les exonérations LODEOM au niveau du SMIC. En effet, le champ des exonérations LODEOM est plus restreint en l'état du droit que celui de l'allègement général renforcé, comme l'illustre le tableau suivant.

#### COMPARAISON DE L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL RENFORCÉ ET DES EXONÉRATIONS LODEOM

(au niveau du SMIC)

Cotisations et contributions	Allègement général renforcé	Exonérations LODEOM
Cotisation maladie	7 %	7 %
Cotisation famille	3,45 %	3,45 %
Cotisation vieillesse plafonnée	8,55 %	8,55 %
Cotisation vieillesse déplafonnée	1,9 %	1,9 %
Cotisation « socle » AT-MP	0,84 %	Hors champ
Contribution FNAL	0,5 %	Hors champ
CSA	0,3 %	Hors champ
Cotisation chômage	4,05 %	Hors champ
Cotisation retraite complémentaire	6,01 %	Hors champ
<b>TOTAL</b>	<b>32,6 %</b>	<b>20,9 %</b>

Source : commission des affaires sociales.

Il est donc nécessaire, « pour compenser la suppression du CICE et mieux centrer le dispositif d'exonération sur les bas salaires, où l'impact du coût du travail sur la demande d'emploi est la plus importante, [...] d'aligner le niveau maximal des exonérations LODEOM sur celui des allègements de droit commun qui seront en vigueur fin 2019 »<sup>(1)</sup>. Cette démarche est conforme aux conclusions du *Livre bleu des outre-mer*, qui recense les conclusions des Assises de l'outre-mer, au terme de huit mois de travaux souhaités par le Président de la République<sup>(2)</sup>.

---

(1) *Étude d'impact*.

(2) « La nouvelle donne que constitue, au niveau national, la suppression du CICE, sa réallocation sous forme de nouvelles exonérations, la mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2019 d'un dispositif plus favorable que celui des exonérations créées par la loi pour le développement économique des outre-mer au niveau du SMIC, nécessitent de reconsidérer cet édifice » :

[https://assets.ctfassets.net/xx83r0rav05e/2fFvmCeGTq8sc6uwwA4WOa/20e3c42d716f56bfa8e7faa2e2474152/Livre\\_Bleu\\_Inte\\_gral\\_28JUN.pdf](https://assets.ctfassets.net/xx83r0rav05e/2fFvmCeGTq8sc6uwwA4WOa/20e3c42d716f56bfa8e7faa2e2474152/Livre_Bleu_Inte_gral_28JUN.pdf), page 151

Pour ce faire, le **a)** du **10°** du **I** du présent article modifie la rédaction du I de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale <sup>(1)</sup>, pour élargir le champ des exonérations LODEOM, rendu identique à celui de l'allègement général. En conséquence, le taux maximal d'allègement sera porté de 27,8 à 40 % <sup>(2)</sup>, permettant ainsi non seulement de compenser la suppression du CICE, mais de réduire le coût du travail au niveau du SMIC, à hauteur de 3,2 points supplémentaires <sup>(3)</sup>.

- *Mesures diverses*

La nouvelle rédaction proposée pour le I de l'article L. 752-3-2 exclut les particuliers employeurs du bénéfice des exonérations LODEOM, alignant ainsi la liste des employeurs éligibles sur celle prévue par l'article L. 241-13 pour l'allègement général.

Dans le même souci d'harmonisation, quasiment formelle, la nouvelle rédaction proposée pour le II de l'article L. 752-3-2 prévoit que l'exonération s'applique aux « *employeurs* » et non plus aux « *entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail* ». Cette dernière référence, plus longue mais pas nécessairement plus claire, avait été introduite par la LFSS 2016, afin de viser les employeurs privés mais également les établissements publics industriels et commerciaux ainsi que les établissements publics administratifs employant du personnel dans les conditions du droit privé ; cette rédaction lourde est superflue, car couverte par l'emploi du terme générique « *employeurs* ».

Enfin, la nouvelle rédaction proposée pour le IV de l'article L. 752-3-2 aligne sur le régime de l'allègement général la temporalité du calcul des exonérations LODEOM et le décompte des effectifs :

- le montant des exonérations LODEOM sera désormais calculé chaque année civile, et non plus chaque mois ;

- les salariés employés à temps partiel ou seulement sur une période de l'année entreront dans le calcul pour la durée prévue au contrat de travail, pour la période pendant laquelle ils sont employés (reprise de la rédaction retenue à l'article L. 241-13 s'agissant de l'allègement général).

L'étude d'impact indique que l'évaluation de l'effet de cet alignement des règles de calcul sur le niveau des exonérations a été estimé « *quasiment nul* ».

---

(1) Ce **a)** procède plus largement à une rédaction globale des I à IV de l'article L. 752-3-2.

(2) Soit les taux maximaux d'allègement figurant dans le tableau précédent auxquels on ajoute les réductions forfaitaires de cotisation maladie et famille (32,6 + 6 + 1,8 = 40,4 ; 20,9 + 6 + 7,8 = 28,7).

(3) Soit l'écart entre environ 40 % (taux futur d'allègement maximal au titre des exonérations LODEOM) et 36,8 % (somme du taux actuel d'allègement maximal au titre des exonérations LODEOM et des 9 % de CICE).

ii. Rationalisation des exonérations LODEOM

• *La redéfinition des secteurs éligibles...*

Le bénéfice du régime spécifique des exonérations LODEOM demeure pour les employeurs de moins de 11 salariés, la rédaction du 1° du II de l'article L. 752-3-2 n'étant pas modifiée sur le fond.

En revanche, la nouvelle rédaction du 2° du même II, qui dresse la liste complète des secteurs éligibles aux exonérations LODEOM, est plus restrictive que la liste actuelle. En effet, les employeurs des secteurs suivants ne pourront plus prétendre à l'avenir à l'exonération LODEOM :

- presse ;
- production audiovisuelle ;
- transport aérien (suppression en conséquence du 3° du II de l'article L. 752-3-2) ;
- transport fluvial et maritime (suppression en conséquence du 4° du même II).

La nouvelle rédaction supprime en outre la mention expresse de l'éligibilité des coopératives agricoles, des sociétés d'intérêt collectif agricole et de leurs unions, ainsi que des coopératives maritimes et de leurs unions. Ce choix n'a pas pour effet de faire sortir les employeurs concernés du champ des exonérations, car la rédaction actuelle les mentionne comme des composantes de secteurs plus vastes, à savoir l'agriculture et la pêche <sup>(1)</sup>, qui eux demeurent dans le champ.

Dans sa nouvelle rédaction, le 2° du II fait entrer dans la liste des secteurs éligibles :

– l'environnement, l'agronutrition, la R&D (actuellement éligibles, mais sous l'empire du régime bonifié, dont la forme actuelle est supprimée par le présent article – rédaction globale du IV de l'article L. 752-3-2) ;

– les entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif. Défini par le règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013, il s'agit en réalité de la nouvelle appellation du régime de transformation sous douane.

---

(1) En l'état du droit, les sociétés, coopératives et unions sont mentionnées expressément sous le facteur commun « y compris », ce qui au fond ne produit aucun effet de droit.

- ... permet la simplification très nette des barèmes.

Aux six barèmes existants, le Gouvernement propose de substituer deux barèmes seulement, baptisés « régime de compétitivité » et « régime de compétitivité renforcée » par l'étude d'impact. Les employeurs relevant du régime de compétitivité bénéficieraient d'une exonération complète pour les rémunérations jusqu'à 1,3 SMIC, seuil à partir duquel l'exonération deviendrait dégressive pour s'annuler à 2 SMIC. Il s'agirait, d'une part, des employeurs de moins de 11 salariés et, d'autre part, des employeurs du BTP. Pour les employeurs relevant du régime de compétitivité renforcée, les seuils précités seraient de respectivement 1,4 et 2,4 SMIC. Il s'agirait des employeurs des secteurs mentionnés au futur 2° précité, à l'exception donc du BTP.

Le tableau suivant dresse la liste des employeurs relevant de chacun de ces deux régimes, sachant que les autres employeurs, notamment ceux exclus à l'avenir des exonérations LODEOM, pourront bien évidemment bénéficier de l'allègement général tel que renforcé par la LFSS 2018, et ce dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 (4° du B du VI). L'étude d'impact justifie le placement du BTP dans le régime de compétitivité par l'effet d'entraînement de ce secteur sur l'ensemble de l'économie, mais aussi par les besoins propres des outre-mer en la matière, s'agissant notamment du logement social ; les secteurs de compétitivité renforcée, quant à eux, sont soit des secteurs fragiles exposés à la concurrence internationale (tourisme, typiquement), soit cruciaux dans le processus de développement des économies ultramarines.

#### FUTURS RÉGIMES DES EXONÉRATIONS LODEOM

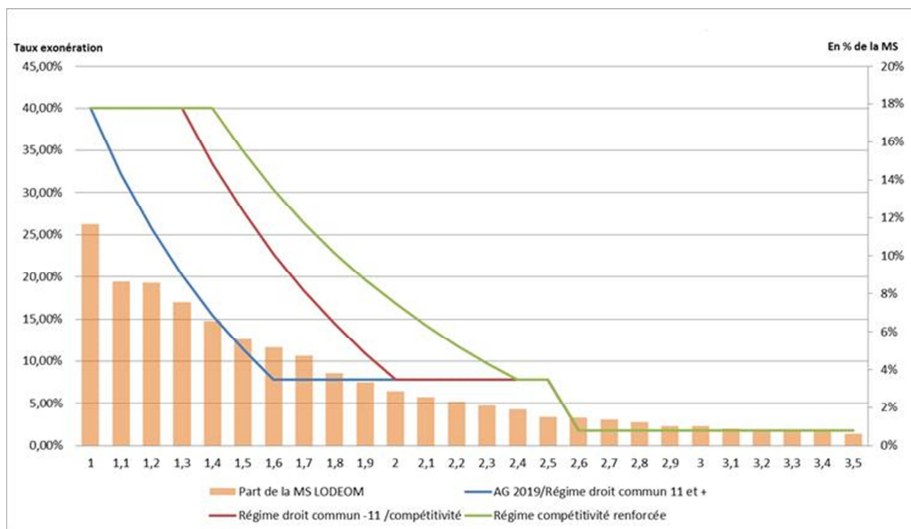
Régime de compétitivité : exonération totale jusqu'à 1,3 SMIC, puis dégressive jusqu'à 2 SMIC	Régime de compétitivité renforcée : exonération totale jusqu'à 1,4 SMIC, puis dégressive jusqu'à 2,4 SMIC
Employeurs de moins de 11 salariés  Employeurs du BTP	Employeurs relevant des secteurs suivant : - industries - restauration - environnement - agronutrition - énergies renouvelables - NTIC - centres d'appel - pêche - cultures marines - aquaculture - agriculture - tourisme, restauration de tourisme et loisirs se rapportant au tourisme - hôtellerie - R&D - régime de perfectionnement actif

Source : commission des affaires sociales.

Au-delà de la disparition logique de la distinction entre les employeurs bénéficiant du CICE et ceux n'en bénéficiant pas (du fait de la suppression du

CICE), on relève également la suppression du mécanisme de palier (les exonérations deviendront systématiquement dégressives en montant au-delà de leur point d'inflexion – 1,3 ou 1,4 SMIC), ainsi que la concentration du dispositif sur les niveaux faible à modéré de salaires (le point de sortie le plus lointain sera de 2,4 SMIC contre 4,5 en l'état du droit). La nouvelle liste des secteurs éligibles, plus restreinte et plus lisible, entérine la déconnexion entre les exonérations LODEOM et le régime fiscal des ZFA, ce qui emporte notamment comme conséquence de ne plus faire de distinction selon que l'entreprise bénéficiaire est ou non une PME au sens européen. On note enfin que plus aucun territoire ne bénéficie d'un traitement spécifique à raison de sa situation géographique.

#### COMPARAISON DES FUTURS RÉGIMES D'EXONÉRATION APPLICABLES DANS LES DOM



Source : étude d'impact.

Sur le plan légistique, la simplification des barèmes se traduit par la suppression des III et IV de l'article L. 752-3-2 dans leur rédaction actuelle, remplacés par un nouveau III, prévoyant en son A le barème du régime de compétitivité et en son B le barème du régime de compétitivité renforcée. Les conditions de dégressivité, qui ne sont pas modifiées sur le fond, sont « remontées » au dernier alinéa du nouveau IV, permettant en conséquence la suppression de l'actuel VIII (b) du 10° du I).

#### *b. Les effets attendus*

- La rationalisation des exonérations LODEOM devrait permettre de réduire leur coût de 14 millions d'euros (pour un dernier coût connu de 958 millions d'euros). Cette économie bénéficiera à l'État, qui compense les exonérations LODEOM aux organismes de sécurité sociale, avec des crédits budgétaires servis depuis la mission *Outre-mer*.

L'État « gagnera » en outre 537 millions d'euros au titre de la suppression du CICE, au taux spécifique de 9 % dans les DOM.

Du côté des employeurs, cette suppression sera plus que compensée par la réduction de 6 points du taux de la cotisation patronale maladie (439 millions d'euros, à la charge des ASSO), d'une part, et le renforcement de l'allègement général, d'autre part (46 millions d'euros).

Au final, les administrations publiques dans leur ensemble économiseront 66 millions d'euros, qui par construction n'iront plus alléger le coût du travail pour les employeurs (cf. tableau ci-dessous).

#### EFFETS BUDGÉTAIRES D'ENSEMBLE DE LA RÉFORME

(en millions d'euros)

Mesure	Effet État	Effet ASSO	Effet employeurs
Rationalisation des exonérations LODEOM	+ 14	–	– 14
Renforcement de l'allègement général	–	– 46	+ 46
Réduction de 6 points du taux de la cotisation patronale maladie	–	– 439	+ 439
Suppression du CICE au taux de 9 %	+ 537	–	– 537
<b>TOTAL</b>	<b>+ 551</b>	<b>– 485</b>	<b>– 66</b>

Source : direction de la sécurité sociale.

● L'étude d'impact ne fournit pas d'éléments détaillés d'analyse des effets économiques de la réforme prévue, qui peuvent se résumer à grands traits comme suit :

– un allègement significatif du coût du travail au niveau du SMIC, le renforcement de l'allègement général faisant plus que compenser la suppression du CICE (cf. *supra*) ;

– une réduction du coût du travail dans les secteurs de compétitivité et de compétitivité renforcée, jusqu'aux points d'inflexion de respectivement 1,3 et 1,4 SMIC (car l'exonération totale de cotisations jusqu'à ces niveaux de rémunération concernera un champ plus large qu'aujourd'hui, du fait de son alignement sur le champ de l'allègement général renforcé).

### III. MESURES RELATIVES À CERTAINS RÉGIMES SPÉCIAUX

#### A. CONSÉQUENCES DIRECTES ET INDIRECTES DE LA SUPPRESSION DU CICE

1. **Afin de compenser la suppression du CICE, il est nécessaire de rendre les employeurs de certains régimes spéciaux éligibles à la réduction de 6 points de la cotisation maladie.**

##### *a. Présentation de la problématique*

Des entreprises appartenant à des branches d'activité relevant de certains régimes spéciaux de sécurité sociale étaient éligibles au CICE : SNCF, RATP, industries électriques et gazières (IEG). Pour certains de leurs salariés, à savoir les agents dits « statutaires », ces entreprises ne sont pas éligibles au renforcement des allègements de charges patronales votés en LFSS 2018 (réduction de 6 points de la cotisation maladie et renforcement de l'allègement général) ; en effet, l'emploi de ces salariés n'appelle pas d'affiliation obligatoire à l'assurance chômage, alors que cette affiliation est une condition d'éligibilité aux allègements de cotisations. Sans mesure législative autorisant expressément les employeurs concernés à bénéficier de la réduction de 6 points de la cotisation maladie, créée pour compenser strictement la suppression du CICE, ils perdraient 400 millions d'euros en 2019. Il est donc prévu de rendre ces employeurs éligibles à la réduction de 6 points.

L'étude d'impact indique que cette réduction forfaitaire, dont le principe relève de la loi, s'accompagnera ultérieurement d'un relèvement des taux de cotisation des régimes spéciaux concernés, relèvement qui se fera par voie réglementaire. Il est logique que les taux de cotisation soient plus faibles dans les régimes spéciaux que dans le régime général, car certaines prestations prises en charge par le régime général le sont directement par les employeurs dans les branches d'activité relevant de régimes spéciaux (indemnités journalières maladie et maternité, pensions d'invalidité). Pour autant, « *même à périmètre de prestations comparable, les employeurs de ces régimes s'acquittent globalement de taux de cotisation d'assurance maladie plus faibles que celui qui devrait assurer une neutralité de situation par rapport au régime général* »<sup>(1)</sup>. Par ailleurs, les taux pratiqués varient en fonction des régimes. L'étude d'impact indique que le taux de la cotisation maladie devrait être fixé, pour chacun des régimes concernés, à 11,3 %, l'écart avec le taux du régime général (13 %) correspondant à la prise en charge directe de certaines prestations par les employeurs. L'alignement des taux devrait procurer un rendement de 120 millions d'euros.

---

(1) Étude d'impact.

### ***b. Le dispositif juridique***

L'article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale, applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, prévoit la réduction de 6 points des cotisations patronales maladie pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC, afin de compenser la suppression du CICE.

Les cotisations maladie sont définies, dans cet article, par renvoi au 1<sup>o</sup> du II de l'article L. 241-2, qui mentionne comme redevables de ces cotisations « *les employeurs des professions agricoles et non agricoles* ».

Le **a)** du 2<sup>o</sup> du I du présent article modifie la rédaction de l'article L. 241-2-1, pour viser les cotisations « *d'assurance maladie* », sans renvoi à l'article L. 241-2, mais sans effet particulier de droit non plus.

Le **b)** du même 2<sup>o</sup> complète l'article L. 241-2-1 pour étendre l'application de la réduction de 6 points aux rémunérations des salariés :

– mentionnés au 3<sup>o</sup> de l'article L. 5424-1 du code du travail, à savoir les salariés employés par :

- les entreprises inscrites au répertoire national des entreprises contrôlées majoritairement par l'État ;
- les salariés relevant soit des établissements publics à caractère industriel et commercial des collectivités territoriales, soit des sociétés d'économie mixte dans lesquelles ces collectivités ont une participation majoritaire ;

– mentionnés au 6<sup>o</sup> du même article, à savoir les salariés des entreprises de la branche professionnelle des industries électriques et gazières soumis au statut national du personnel des industries électriques et gazières ;

– et affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre 1 du titre 1 du livre 7 du code de la sécurité sociale. L'intention est semble-t-il de viser les régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

La liste des régimes spéciaux au sens de l'article L. 711-1, à savoir les régimes préexistants à la création de la sécurité sociale en 1945 et encore en activité, est fixée par l'article R. 711-1. Certains de ces régimes ne sont pas concernés ici, car ils couvrent des assurés ne relevant pas des 3<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup> de l'article L. 5424-1 du code du travail (typiquement, les régimes des fonctionnaires). Au final, selon l'étude d'impact, les régimes spéciaux concernés sont ceux de la SNCF, de la RATP et de la branche des industries électriques et gazières (IEG).



## 2. Il est en outre prévu d'aligner l'allègement de cotisation famille sur le droit commun.

● Dans un souci de rationalisation du droit applicable, mais également afin de neutraliser l'effort de convergence qui sera demandé s'agissant des taux de cotisation maladie, le présent article prévoit la suppression d'un dispositif d'exonération de cotisation famille spécifique aux employeurs des régimes spéciaux, qui seraient rendus éligibles à la réduction forfaitaire de 1,8 point applicable pour la généralité des employeurs. L'étude d'impact indique que « *cette opération serait globalement bénéfique pour les employeurs* » ; le coût de la mesure est ainsi estimé à 100 millions d'euros.

● L'article L. 241-6-4 du code de la sécurité sociale prévoit une exonération spécifique de cotisation patronale famille pour les agents non statutaires des régimes spéciaux, à l'exclusion du régime des marins, lorsque l'employeur est soumis à l'obligation d'assurance chômage. Selon l'annexe 5 au PLFSS 2018, il s'agit, précisément, des régimes suivants : SNCF, RATP, IEG, Banque de France, Comédie française et Opéra de Paris.

Le régime de l'exonération est assez complexe :

– lorsque la rémunération mensuelle n'excède pas 1,2 X 169 SMIC <sup>(1)</sup>, l'exonération est totale ;

– lorsque la rémunération est comprise entre 1,2 et 1,3 X 169 SMIC, l'exonération est de 50 % ;

– au-delà de 1,3 X 169 SMIC, l'exonération ne s'applique plus.

Non cumulable avec d'autres dispositifs d'allègement et compensée par l'État, cette exonération a coûté 24 millions d'euros en 2016, dernière année pour laquelle des données sont disponibles.

● L'article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale prévoit la réduction de 1,8 point des cotisations famille, pour les rémunérations n'excédant pas 3,5 SMIC.

Les cotisations famille sont définies comme celles mentionnées au 1° de l'article L. 241-6, à savoir les cotisations dues par les employeurs des salariés agricoles et non agricoles.

Le **a)** du 4° du **I** substitue à cette référence la mention plus générale des cotisations « *d'allocations familiales* », sur le modèle de ce qui a été décrit *supra* s'agissant des cotisations maladie.

Le **b)** du même 4° étend la réduction de 1,8 point aux salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du code du travail et affiliés à un régime spécial.

En conséquence, le 5° du **I** abroge l'article L. 241-6-4.

---

(1) Il s'agit évidemment du SMIC horaire, même si la législation ne le précise pas.

## **B. LA MISE EN CONFORMITÉ EUROPÉENNE D'UN RÉGIME D'EXONÉRATION SPÉCIFIQUE AUX ARMATEURS**

### **1. Le droit existant**

L'article L. 5553-11 du code des transports prévoit un régime d'exonération de charges patronales spécifique aux entreprises d'armement maritime, sachant que l'article L. 5411-1 du même code définit l'armateur comme celui qui exploite le navire en son nom, qu'il en soit ou non propriétaire.

L'entreprise d'armement est exonérée :

- de la contribution patronale spécifique aux services accomplis par des marins embarqués, qui couvre à la fois les risques vieillesse et maladie <sup>(1)</sup> ;
- de la cotisation famille, dans les conditions du régime général ;
- de la cotisation chômage, également dans les conditions de droit commun.

L'exonération porte sur les rémunérations versées aux équipages et gens de mer affiliés à l'ENIM, qui sont embarqués à bord de navires de commerce battant pavillon français et affectés à des activités de transport ou de services maritimes <sup>(2)</sup>.

### **2. Le droit proposé**

● Le régime actuel résulte de l'article 43 de la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue, qui a procédé à un double élargissement :

- du champ des cotisations exonérées, en y incluant les cotisations famille et chômage ;
- du champ des activités concernées, en y incluant les services maritimes.

L'étude d'impact indique sobrement, sans fournir aucune référence juridique, que « *le dispositif d'exonération institué par cette loi n'a pas été validé par la Commission européenne, en raison de la restriction au marché intérieur européen (en avantageant les navires battant pavillon français) auquel celui-ci pourrait aboutir* ».

---

(1) Sans entrer dans un détail complexe et dont la compréhension n'est pas fondamentalement utile dans le cadre de ce commentaire, on peut retenir que cette contribution, qui concerne les marins affiliés au régime spécial géré par l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM), est assise sur une base forfaitaire et que ses taux varient selon la nature et la taille des navires sur lesquels les marins sont embarqués.

(2) Ces activités devant être soumises aux orientations de l'Union européenne sur les aides d'État au transport maritime, soumises à titre principal à une concurrence internationale.

● Aussi, afin d’assurer la conformité du dispositif à un droit de l’Union européenne (UE) que l’étude d’impact ne prend même pas la peine de résumer en une ligne, il est proposé d’étendre le dispositif, au-delà des seuls navires battant pavillon français, à ceux battant pavillon d’un autre État membre de l’UE, d’un État partie à l’accord sur l’Espace économique européen (EEE), ou de la Suisse <sup>(1)</sup> (1° du III).

Les navires devront toutefois – la condition est nouvelle – être dirigés et contrôlés « à partir » d’un établissement stable situé sur le territoire français.

Le 2° du III complète l’article L. 5553-1 par une nouvelle condition au bénéfice de l’exonération. À l’avenir, l’équipage devra en effet être constitué à hauteur d’au moins 25 % de ressortissants européens, au sens large (UE, EEE et Suisse). Cette proportion sera calculée sur la base de la fiche d’effectif ; l’article L. 5522-2 – auquel il n’est pas fait renvoi – définit la fiche d’effectif comme « *le document par lequel l’autorité maritime atteste que l’effectif du navire satisfait aux exigences des conventions internationales pertinentes selon le type de navire et des mesures nationales prises pour leur application* ». Cette proportion s’appréciera sur l’ensemble de la flotte des navires embarquant au moins un marin pour lequel l’employeur bénéficie de l’exonération.

● L’impact financier de la mesure proposée par le Gouvernement est estimé à - 3 millions d’euros pour l’État, l’exonération étant compensée.

La date de son entrée en vigueur, qui ne saurait dépasser le 1<sup>er</sup> juillet 2019, sera fixée par décret, après déclaration de compatibilité avec le droit de l’UE par la Commission européenne (VII).

#### **IV. MESURES DIVERSES**

● Dans sa version applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, le VII de l’article L. 241-13 du code de la sécurité sociale prévoit que l’allègement général s’impute au moment du paiement des cotisations et contributions, déclarées aux organismes de recouvrement compétents :

– AGIRC-ARRCO pour les cotisations de retraite complémentaire obligatoire ;

– unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d’allocations familiales (URSSAF) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d’outre-mer, pour les cotisations de sécurité sociale et d’assurance chômage, ainsi que pour les autres contributions.

---

(1) Les États membres de l’EEE sans être membres de l’UE et la Suisse ont conclu avec l’UE des accords assurant la libre circulation des personnes, des marchandises, des services et des capitaux dans les mêmes conditions que celles prévues au sein de l’Union.

Il est logiquement précisé que l'imputation se fait en fonction de la part que représente le taux de ces cotisations et contributions dans la valeur du coefficient de dégressivité.

Le 8° du I du présent article complète le VII de l'article L. 241-13 pour tenir compte du cas spécifique des intermittents du spectacle<sup>(1)</sup>, les cotisations chômage attachées à leur rémunération étant recouvrées par Pôle Emploi. Il est simplement prévu que pour les salariés concernés, l'allègement général s'impute sur les cotisations recouvrées par Pôle Emploi, disposition omise dans la LFSS 2018.

• Le I de l'article L. 243-6-1 du code de la sécurité sociale prévoit que lorsque les URSSAF ou CGSS interprètent de manière contradictoire la même législation sur les cotisations et contributions sociales pour plusieurs établissements rattachés à un même cotisant, celui-ci peut solliciter l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Après analyse du litige, l'ACOSS peut demander aux organismes d'adopter une position donnée dans un délai d'un mois, à l'expiration duquel elle peut se substituer à eux pour prendre les mesures nécessaires.

Le II du même article, introduit par l'article 9 de la LFSS 2018, a étendu cette procédure aux interprétations contradictoires retenues par les URSAFF ou CGSS, mais aussi par l'AGIRC-ARRCO, pour l'application des dispositions relatives à l'allègement général.

Le 9° du I du présent article précise que la procédure d'arbitrage prévue au II de l'article L. 243-6-1 peut également trouver à s'appliquer lorsque le cotisant possède un seul établissement. L'exposé des motifs indique sobrement que « *ceci vise à faciliter la mise en œuvre de la réforme pour les entreprises* ».

• Le 1° du I apporte une correction purement rédactionnelle à l'article L. 133-1 du code de la sécurité sociale.

\*

\* \*

---

(1) Salariés mentionnés au e) de l'article L. 5427-1 du code du travail.

*Article 9*

**Extension de l'exonération triennale de cotisations sociales  
aux créateurs d'entreprises relevant du micro-bénéfice agricole**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 9 étend aux créateurs ou repreneurs d'entreprises relevant du micro-bénéfice agricole (micro-BA) l'exonération généralisée de cotisations sociales durant trois ans.

Prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, l'extension de l'« année blanche » à trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 était limitée aux seuls travailleurs indépendants non-agricoles relevant d'un régime micro-fiscal.

Cet article inclut donc dans le champ de l'exonération triennale l'ensemble des entrepreneurs relevant d'un régime de micro-bénéfices. 3 200 jeunes agriculteurs devraient bénéficier de cette mesure, pour un coût estimé à 800 000 euros par an.

**I. UNE EXONÉRATION TRIENNALE DE COTISATIONS SOCIALES LIMITÉE  
AUX SEULS INDÉPENDANTS NON-AGRICOLES**

• Tout créateur ou repreneur d'entreprise bénéficiera, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, d'une exonération de cotisations sociales, *via* l'extension du dispositif d'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRE). Son régime sera défini à l'article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale.

Inscrit à l'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 <sup>(1)</sup>, cette exonération sera intégrale pour les entrepreneurs dont le revenu annuel net est inférieur aux trois quarts du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) <sup>(2)</sup> – soit 29 799 euros en 2018. Pour les ceux dont le revenu est compris entre ce montant et le PASS – soit entre 29 799 euros et 39 732 euros –, l'exonération décroîtra linéairement.

L'exonération portera sur les cotisations d'assurance maladie, maternité, veuvage, invalidité et décès et d'allocations familiales, que son bénéficiaire relève d'un régime salarié ou non-salarié.

• La durée de l'exonération est fixée à un an.

Une exception est néanmoins prévue pour les créateurs ou repreneurs d'entreprise relevant du régime micro-fiscal. Ce dernier permet aux travailleurs indépendants non-agricoles dont le chiffre d'affaires ou les recettes n'excèdent pas certaines limites de bénéficier de modalités dérogatoires d'imposition des revenus tirés de leur activité, qu'il s'agisse de commerçants et d'artisans – dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) – ou de professions libérales – dans celle des bénéfices non commerciaux (BNC).

---

(1) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(2) Tel que défini par l'arrêté du 5 décembre 2017 portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2018.

Dans ce cas, l'exonération est portée à trois ans et s'applique de manière dégressive :

- l'exonération est intégrale la première année ;
- la deuxième année, l'exonération s'applique à hauteur des deux tiers du montant exonéré l'année précédente ;
- le taux est porté à un tiers de l'exonération de la période initiale pour la troisième année d'activité.

## **II. L'EXTENSION DE L'EXONÉRATION TRIENNALE AUX CRÉATEURS OU REPRENEURS RELEVANT DU MICRO-BÉNÉFICE AGRICOLE**

● L'article 9 étend à l'ensemble des travailleurs indépendants relevant d'un régime fiscal de micro-bénéfices l'exonération triennale de cotisations sociales à compter de la création ou de la reprise d'entreprise. Le champ de l'exonération généralisée de cotisations sociales inclut donc désormais le régime fiscal des micro-bénéfices agricoles.

### **Le régime du micro-bénéfice agricole**

Le régime du micro-bénéfice agricole (micro-BA) est une modalité d'imposition simplifiée des bénéfices des petites exploitations agricoles. Créé par l'article 33 de la loi n° 2015-1786 du 29 décembre 2015 de finances rectificative pour 2015, il a succédé au régime du forfait agricole en 2016.

Les bénéfices agricoles constituent l'une des catégories de revenus assujettis à l'impôt sur le revenu. Ils recouvrent l'ensemble des profits résultant de la vente des produits de terrains cultivables et des produits de l'élevage de l'exploitation. Ils peuvent être assujettis selon le régime du bénéfice réel simplifié et celui du bénéfice réel normal.

S'ajoutant à ces deux régimes d'imposition, le régime du micro-bénéfice agricole constitue une troisième modalité d'imposition, à destination des plus petites exploitations. Défini à l'article 64 *bis* du code général des impôts, il est ouvert aux exploitants dont les recettes sont inférieures à une moyenne de 82 200 euros sur les trois années – ce seuil étant revalorisé tous les trois ans.

Le bénéfice imposable au titre de ce régime correspond à la moyenne des recettes de l'année d'imposition et des deux précédentes, diminuée d'un abattement de 87 %. Cet abattement ne peut être inférieur à 305 euros par an.

Seule la première année d'activité est néanmoins prise en compte dans le cas d'une création d'activité. Pour la deuxième année d'activité, la moyenne retenue sera alors celle des recettes de l'année d'imposition et de la précédente.

Les plus ou moins-values provenant de la cession des biens affectés à l'exploitation restent néanmoins déterminées et imposées dans les conditions du régime réel d'imposition.

Le nouvel article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale n'entrant en vigueur qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, la modification est apportée directement à l'article 13 de la LFSS pour 2018 ayant créé le dispositif d'« année blanche ».

Le 1<sup>o</sup> inclut désormais l'article 64 *bis* du code général des impôts relatif au régime micro-BA dans le champ de l'exonération triennale, aux côtés des références actuellement prévues aux articles 50-0 et 102 *ter* du même code relatifs respectivement aux régimes micro-BIC et micro-BNC.

Le 2<sup>o</sup> procède à une modification de conséquence, précisant que le bénéfice de cette exonération généralisée cesse lorsque le travailleur indépendant agricole ne relève plus du micro-bénéfice agricole, en cohérence avec le régime actuellement prévu pour les régimes du micro-BIC et du micro-BNC.

- L'extension du champ de l'exonération triennale de cotisations sociales devrait couvrir 3 200 exploitants agricoles. Elle permettra ainsi aux jeunes agriculteurs débutant leur activité sous le régime micro-fiscal de bénéficier d'une triple année blanche.

Son coût en année pleine est estimé à 800 000 euros. Il sera compensé à la mutualité sociale agricole par l'État, en cohérence avec la compensation de l'ensemble du dispositif d'« année blanche », maintenue dans l'annexe 5 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Cette mesure entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019, échéance d'ores et déjà retenue pour l'application de l'« année blanche ».

\*

\* \*

CHAPITRE II  
**Des règles de cotisations plus claires et plus justes**

*Article 10*  
**Aménagement de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie**

**Adopté par la commission avec modifications**

L'article 10 aménage la cotisation subsidiaire d'assurance maladie, qui a succédé en 2016 à l'ancienne cotisation couverture maladie universelle de base – dite « CMU-b » – à l'occasion de la création de la protection maladie universelle (PUMA).

Applicable aux personnes travaillant en France avec de faibles revenus d'activité ou résidant en France de manière stable et régulière, cette cotisation subsidiaire est assise sur les revenus non professionnels – essentiellement les revenus du patrimoine et du capital. Son taux de 8 % appliqué aux revenus de 60 000 contribuables a généré une recette de 130 millions d'euros en 2017.

En dépit de mécanismes de lissage et d'abattement, la cotisation pèse aujourd'hui de façon excessive sur les revenus de personnes ne disposant pourtant pas de capacités contributives pérennes. L'assujettissement des revenus de travailleurs indépendants ou d'exploitants agricoles faisant face à une activité déficitaire en est une illustration.

Maintenant la cotisation dans son principe, la nouvelle mouture vise à atténuer plusieurs défauts du dispositif afin d'assujettir les réelles facultés contributives. Parmi les principales modifications peuvent être mentionnées l'instauration d'un plafonnement de l'assiette de revenus non professionnels et le lissage du taux de la cotisation dès le premier euro d'activité. Le nombre de redevables devrait dès lors diminuer de 20 000, pour un coût estimé à 40 millions d'euros.

**I. LA SUBSTITUTION DE LA COTISATION SUBSIDIAIRE À LA CMU-B**

● La protection maladie universelle – dite « PUMA » – est destinée à garantir l'universalité de la prise en charge des frais de santé. Elle a succédé en 2016 à la couverture maladie universelle de base – dite « CMU-b » –, créée elle-même 16 ans plus tôt afin d'assurer l'affiliation automatique au régime général d'assurance maladie de toute personne résidant de manière stable et régulière sur le territoire français et ne percevant pas – ou peu – de revenus d'activité.

Sa création s'est accompagnée d'une refonte des contributions maladie, dans le cadre d'une réforme plus large de l'architecture financière de la branche maladie. Il s'agissait alors de tirer les conséquences de l'universalisation de la prise en charge des frais de santé en simplifiant les transferts entre régimes *via* une intégration financière complète.

La cotisation CMU-b, en particulier, correspondait à la cotisation acquittée à un taux de 8 % par toute personne affiliée à la CMU dès lors que les ressources de son foyer dépassaient un certain plafond.



Mise en œuvre par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 <sup>(1)</sup>, la PUMA s'est accompagnée d'une suppression de la cotisation CMU-b. La cotisation subsidiaire d'assurance maladie lui a alors succédé, applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016. Elle constitue la contrepartie de la prise en charge par l'assurance maladie des prestations en nature – c'est-à-dire du remboursement total ou partiel des dépenses médicales et paramédicales et des frais d'hospitalisation.

● Le régime juridique de la cotisation subsidiaire est défini à l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale.

Les principaux redevables de cette cotisation sont les personnes résidant en France et ne percevant pas – ou peu – de revenus d'activité.

#### **Le champ de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie**

L'ensemble des personnes affiliées à la PUMA sur critère de résidence stable et régulière et qui ne perçoivent pas de revenu d'activité, ou à un faible niveau, sont redevables de la cotisation subsidiaire. Ce seuil a été fixé à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 3 973,2 euros en 2018 <sup>(2)</sup>.

À l'inverse, les personnes assujetties aux cotisations d'assurance maladie au titre de leurs revenus d'activité professionnelle dépassant ce seuil sont exonérées du paiement de la cotisation. Un mécanisme de lissage a été mis en place sous la forme d'un abattement croissant avec le revenu d'activité. Les personnes percevant un revenu annuel compris entre la moitié du seuil précité et ce même seuil – soit entre 1 986,6 euros et 3 973,2 euros – bénéficient d'un abattement, ce dernier étant croissant à proportion des revenus jusqu'à atteindre 100 % au niveau du seuil.

Sont également exonérés du paiement de cette cotisation les bénéficiaires de revenus de remplacement – qu'il s'agisse d'une pension de retraite, d'une rente ou d'une allocation de chômage – et les élèves et étudiants qui s'acquittent d'ores et déjà de la cotisation forfaitaire étudiante.

Il est à noter que les revenus du conjoint marié ou pacsé sont également pris en compte. Le bénéficiaire par un conjoint de revenus d'activité supérieurs au seuil fixé par décret ou de revenus de remplacement exclut donc l'assujettissement à la cotisation subsidiaire.

La cotisation subsidiaire s'applique sur l'intégralité des revenus non professionnels, sans plafonnement de l'assiette, à un taux défini par décret :

– sont considérés comme des revenus non professionnels les revenus fonciers, de capitaux et de plus-values de cession à titre onéreux de biens ou de droits de toute nature, ainsi que les bénéfices industriels et commerciaux non professionnels et les bénéfices des professions non commerciales non professionnels. Ces revenus sont assujettis à la cotisation pour leur seule part supérieure à 25 % du PASS précité, soit 9 933 euros en 2018 ;

(1) Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

(2) L'arrêté du 5 décembre 2017 portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2018 ayant fixé ce dernier à 39 732 euros.

– entrent également dans le champ de l’assiette les moyens d’existence et les éléments de train de vie – tels que les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers – dont le bénéficiaire de la couverture maladie a disposé ;

– le taux est fixé à 8 % – soit un taux identique à celui de la cotisation CMU-b antérieure.

● Au total, deux conditions cumulatives doivent ainsi être remplies pour qu’une personne travaillant en France ou résidant en France de manière stable et régulière soit assujettie à la cotisation subsidiaire :

– avoir un revenu d’activité inférieur à 3 973 euros par an ;

– bénéficier de revenus non professionnels supérieurs à 9 933 euros par an.

Le public visé par le dispositif recouvre donc des personnes ne percevant pas – ou dans de très faibles proportions – des revenus d’activité, et bénéficiant à l’inverse de revenus du capital ou du patrimoine importants.

Deux ans après son entrée en vigueur, 60 000 personnes sont redevables de cette cotisation, pour un rendement attendu de 130 millions d’euros en 2018.

## **II. CORRIGER LES DÉFAUTS D’UN ASSUJETTISSEMENT INSUFFISAMMENT JUSTE ET LISSE**

### **A. UN ASSUJETTISSEMENT QUI NE REFLÈTE PAS NÉCESSAIREMENT LA CAPACITÉ CONTRIBUTIVE**

● Les deux premières années d’assujettissement à la cotisation subsidiaire ont mis en lumière l’insuffisante équité du dispositif.

Cette dernière tient davantage aux paramètres de la cotisation – notamment les modalités d’abattement et l’absence de plafonnement – qu’à son principe – l’assujettissement des revenus du capital et du patrimoine restant justifié au-delà d’un certain montant, en contrepartie de la prise en charge de prestations en nature.

Les principales limites du dispositif en vigueur tiennent à :

– la persistance d’effets de seuil en dépit de l’application du mécanisme de lissage. Ce dernier se déclenche pour les revenus d’activité supérieurs à la moitié du seuil d’assujettissement – soit environ 2 000 euros annuels. Les revenus inférieurs ou proches de ce seuil ne bénéficient donc pas de l’abattement ;

– un régime pouvant paradoxalement apparaître plus favorable pour les revenus d’activité supérieurs. Une personne percevant un revenu supérieur au seuil d’assujettissement à la cotisation subsidiaire ne verra pas ses revenus du capital soumis au taux de 8 %, contrairement à une seconde personne incluse dans

le champ de la cotisation subsidiaire – car percevant un revenu d'activité légèrement inférieur – mais disposant pourtant de revenus du capital inférieurs ;

– un assujettissement pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles d'ores et déjà redevables des cotisations propres à leur régime d'affiliation au titre des règles d'assiettes minimales.

● Ces limites impliquent d'ajuster les mécanismes de lissage afin de couvrir les personnes ayant une réelle faculté contributive.

Elles ne sauraient cependant remettre en cause la légitimité ou la constitutionnalité du dispositif :

– la cotisation subsidiaire constitue la juste contrepartie de la prise en charge des prestations en nature, dans le cas d'une participation insuffisante au financement du risque maladie ;

– une toute récente décision du Conseil constitutionnel a reconnu la conformité de la cotisation aux droits et libertés garantis par la Constitution.

#### **La conformité à la Constitution de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie**

Rendue le 27 septembre 2018, la décision n° 2018-735 QPC du Conseil constitutionnel conclut à la conformité de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie à la Constitution.

Rendue à l'occasion d'une question de priorité de constitutionnalité (QPC), cette décision confirme la constitutionnalité du dispositif à deux titres :

– la nature de cotisation sociale est attestée. Constituant un versement à caractère obligatoire dû en contrepartie du bénéfice de prestations en nature servies par la branche maladie, le dispositif n'entre pas dans la catégorie des impositions de toute nature. À ce titre, le renvoi au pouvoir réglementaire de la détermination des règles de taux et de recouvrement ne méconnaît pas la compétence du législateur définie à l'article 34 de la Constitution ;

– la méconnaissance des principes d'égalité devant la loi et devant les charges publiques est écartée. D'une part, la différence de traitement entre assurés sociaux – certains étant assujettis sur leurs seuls revenus professionnels, d'autres sur l'ensemble de leurs revenus du patrimoine – est fondée sur des critères objectifs et rationnels visant à garantir la contribution à la prise en charge des frais de santé. D'autre part, la différence de traitement pouvant en résulter entre deux assurés sociaux disposant d'un revenu d'activité professionnelle d'un montant proche – se situant chacun d'un côté du seuil d'assujettissement – est inhérente à l'existence d'un seuil et s'accompagne d'un mécanisme d'abattement destiné à atténuer ses effets. Enfin, la cotisation n'entrant pas dans la catégorie des impositions de toutes natures, le grief tiré d'un éventuel caractère confiscatoire est inopérant.

Cette décision permet, en outre, de rappeler que la différence de traitement contestée entre deux personnes selon qu'elles bénéficient de la couverture maladie au titre de leur activité professionnelle ou de leur résidence en France « *est inhérente aux modalités selon lesquelles s'est progressivement développée l'assurance maladie en France* » (§21). En ce sens, la création de la cotisation subsidiaire a surtout consisté à maintenir une différence de traitement préexistante.

La décision du Conseil constitutionnel pave néanmoins la voie à un aménagement du dispositif, la conformité à la Constitution faisant l'objet d'une réserve.

Il est ainsi précisé que si l'absence de plafonnement n'est pas, en elle-même, constitutive d'une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques, il appartient au pouvoir réglementaire de fixer les taux et les modalités de détermination de l'assiette de façon à éviter une telle rupture.

Tel est précisément l'objet de l'article 10, même si la solution retenue implique des aménagements du cadre législatif.

## **B. DES AMÉNAGEMENTS EN FAVEUR D'UN MEILLEUR LISSAGE**

Le **I** de l'article 10 procède à plusieurs aménagements des paramètres de la cotisation subsidiaire. Outre des modifications rédactionnelles (**1°** et **4°**), les principaux ajustements concernent le champ des redevables, l'assiette de la cotisation et son taux.

Son **II** fixe au 1<sup>er</sup> janvier 2019 l'entrée en vigueur de la nouvelle mouture de la cotisation.

### **1. Le champ des redevables**

Le seuil de sortie d'assujettissement à la cotisation subsidiaire, exprimé en fonction du revenu d'activité, sera relevé par voie réglementaire.

Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, il sera porté de 10 % à 20 % du PASS – soit environ 8 000 euros par an.

### **2. L'assiette de la cotisation**

L'assiette de la cotisation subsidiaire sera aménagée afin de limiter les écarts manifestes entre le montant de la cotisation versée et le bénéfice perçu au titre de l'assurance maladie.

Deux outils y concourent :

– en premier lieu, l'augmentation du niveau de l'abattement d'assiette. Défini par voie réglementaire, il serait porté de 25 % à 50 % du PASS – soit 19 866 euros en 2018 – selon le niveau inscrit dans l'étude d'impact ;

– en second lieu, l'instauration d'un plafonnement d'assiette. Le **2°** du **I** renvoie à un décret la fixation du montant du plafonnement d'assiette. Aux termes de l'étude d'impact, ce plafonnement serait fixé à huit PASS – soit 317 856 euros en 2018.

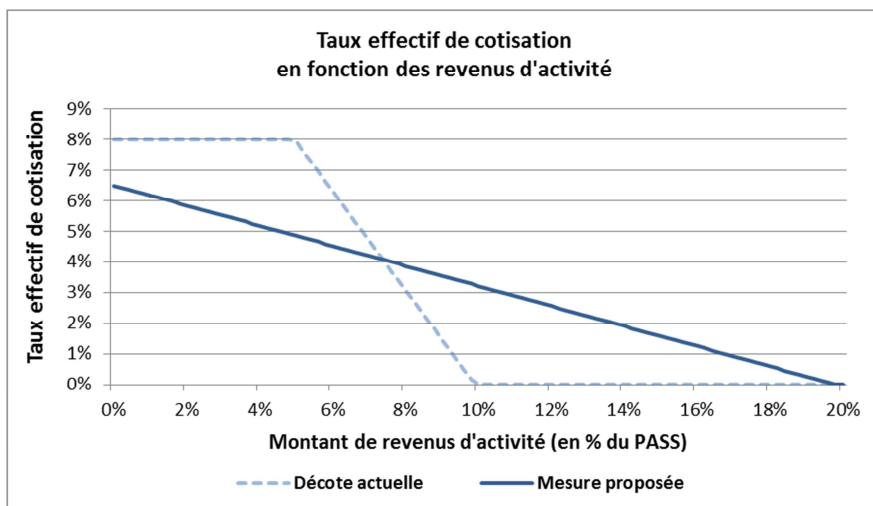
### 3. Le taux de la cotisation

Le taux de la cotisation subsidiaire sera également modifié afin de réduire davantage les effets de seuil constatés aujourd'hui :

– ce taux sera décroissant avec l'augmentation du revenu. Le 3° du I prévoit ainsi que le taux diminuera linéairement à partir du premier euro de revenu, pour s'annuler au niveau du seuil au-delà duquel la cotisation n'est plus exigible. Le taux dégressif succède au mécanisme de lissage actuel, consistant à réduire linéairement l'assiette en fonction du revenu d'activité ;

– le niveau du taux – défini par décret – sera également abaissé, réduit de 8 % à 6,5 %.

Cette double modification entraîne le taux d'assujettissement suivant, selon le revenu d'activité :



Source : Réponse du Gouvernement au questionnaire du Rapporteur général.

### 4. Les principaux effets de la réforme de la cotisation subsidiaire

● L'ensemble des modifications apportées à la cotisation subsidiaire peuvent être rassemblées comme suit :

**ÉVOLUTION DES PARAMÈTRES DE LA COTISATION SUBSIDIAIRE D'ASSURANCE MALADIE**

Paramètres		Avant réforme	Après réforme
<b>Seuil d'assujettissement</b>		Revenus d'activité jusqu'à 10 % du PASS* - soit environ 4 000 euros par an	Revenus d'activité jusqu'à 20 % du PASS* - soit environ 8 000 euros par an
<b>Assiette</b>	Abattement sur les revenus non-professionnels	25 % du PASS* - soit environ 10 000 euros par an	50 % du PASS* - soit environ 20 000 euros par an
	Plafonnement	Inexistant	8 PASS* - soit environ 320 000 euros
<b>Taux</b>	Niveau	8 %	6,5 %
	Dégressivité	Réduction de l'assiette pour les revenus d'activité supérieurs à 5 % du PASS	De 6,5 % (au premier euro) à 0 % (au seuil de sortie de l'assujettissement)

\* : Plafond annuel de la sécurité sociale. Fixé à 39 732 euros en 2018.

Source : Commission des affaires sociales, à partir des données transmises par le Gouvernement.

● Au total, le nombre de redevables devrait passer de 60 000 à 40 000, pour un coût estimé à 40 millions d'euros.

Cette modification du nombre des redevables résulterait du double mouvement suivant :

– le non-assujettissement, à l'avenir, de 30 000 redevables actuels, au titre de l'augmentation de l'abattement d'assiette sur les revenus du capital et du patrimoine ;

– l'entrée dans le champ des redevables de 10 000 personnes supplémentaires, du fait du doublement du seuil de non-assujettissement exprimé en fonction des revenus d'activité.

Le plafonnement d'assiette, enfin, devrait bénéficier à environ 500 redevables, selon les informations transmises par le Gouvernement.

● La nouvelle rédaction permet ainsi d'atténuer les principaux défauts du dispositif actuel. La cotisation subsidiaire reste pleinement justifiée et légitime dans son principe, constituant une participation nécessaire au financement de l'assurance maladie en présence de revenus non professionnels substantiels.

Demain encore, néanmoins, l'application de la cotisation conduira à placer deux résidents dans une situation significativement distincte selon qu'ils franchissent ou non le seuil d'assujettissement. Le nouveau taux dégressif pourrait lui-même conduire à une imposition des revenus du capital fortement différenciée, sans que le fait générateur – le revenu d'activité – n'y soit nécessairement directement corrélé.

Le tableau ci-dessous illustre l'écart constaté entre trois profils-types.

**COMPARAISON DU NOUVEAU TAUX DE COTISATION SUBSIDIAIRE APPLICABLE**

	<b>Profil A</b>	<b>Profil B</b>	<b>Profil C</b>
<b>Revenus d'activité</b>	3 900 €	390 €	8 100 €
<b>Revenus non professionnels</b>	100 000 €	100 000 €	500 000 €
<b>Taux cotisation</b>	2,7 %	5,0 %	Non redevable

Source : Commission des affaires sociales.

Face à ce constat, il convient de rappeler que les revenus d'activité sont d'ores et déjà soumis à la cotisation sociale patronale d'assurance maladie – au taux de 13 % – ainsi qu'à la CSG assise sur les revenus d'activité – une fraction de cette dernière étant affectée au financement de la branche maladie. À l'inverse, les prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital ne sont pas affectés au financement de l'assurance maladie <sup>(1)</sup>.

Les justifications à la différence de traitement avancées par le Conseil constitutionnel dans sa décision précitée du 27 septembre 2018, inhérentes tantôt « à l'existence d'un seuil », tantôt « aux modalités selon lesquelles s'est progressivement développée l'assurance maladie en France », semblent par ailleurs avoir clos le débat, sous réserve d'un meilleur lissage tel qu'attendu par voie réglementaire.

\*  
\* \*

*Article 11*

**Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement**

**Adopté par la commission avec modifications**

L'article 11 a pour objet d'atténuer les effets du franchissement du seuil d'application du taux normal de contribution sociale généralisée (CSG) à l'essentiel des revenus de remplacement (pensions de retraite et d'invalidité, allocations chômage).

Ces revenus sont exonérés de CSG ou soumis à un taux réduit de 3,8 % s'ils n'excèdent pas certains seuils, appréciés au regard du revenu fiscal de référence (RFR) du foyer auquel appartient l'assujetti, pour l'année N-2.

Le franchissement du seuil d'assujettissement au taux normal peut entraîner une charge importante pour les contribuables, et cet effet préexistant a été renforcé par le relèvement de 1,7 point du taux normal, passé de 6,6 à 8,3 % en janvier 2018.

(1) Les prélèvements sociaux sont affectés, dans le droit en vigueur, au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à la Caisse pour l'amortissement de la dette sociale (CADES) et à l'État.

Afin d'atténuer les effets du franchissement de seuil, cet article prévoit que le taux normal ne s'applique pas en cas de hausse temporaire du RFR, sur une seule année. Ainsi, pour être assujéti en N au taux normal, il faudra non seulement que le RFR N-2 dépasse le seuil – comme en l'état du droit – mais également que le RFR N-3 dépasse le seuil.

Ce sont plus de 350 000 foyers qui pourraient ainsi continuer à bénéficier du taux nul ou réduit, pour un coût estimé à 350 millions d'euros par an pour les organismes de sécurité sociale.

## **I. LA COMPENSATION DE LA SUPPRESSION DES COTISATIONS SALARIALES MALADIE ET CHÔMAGE PAR L'AUGMENTATION DES TAUX DE CSG A CONDUIT À FAIRE DAVANTAGE CONTRIBUER AU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE LES TITULAIRES DE REVENUS DE REMPLACEMENT ASSUJETTIS AU TAUX NORMAL.**

### **A. LA « BASCULE » OPÉRÉE EN 2018 EST FAVORABLE AU POUVOIR D'ACHAT DES ACTIFS.**

● Conformément aux engagements de campagne du Président de la République, l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 <sup>(1)</sup> a redonné du pouvoir d'achat aux salariés, en supprimant dès janvier 2018 la cotisation salariale d'assurance maladie (0,75 % de la rémunération) et la cotisation salariale d'assurance chômage (2,4 %) en deux temps (– 1,45 point en janvier, le solde de 0,95 point en octobre).

Afin de financer ces suppressions, le taux de la contribution sociale généralisée (CSG) a été augmenté de 1,7 point en janvier dernier. Pour un salarié, le gain lié à la « bascule » opérée en LFSS 2018 est très net, puisque la CSG a augmenté de 1,7 point mais la suppression des cotisations maladie et chômage a allégé la charge, sur la même assiette, de 3,15 points (soit un gain net de 1,45 point). Pour un salarié percevant le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC), le gain attendu est de 263 euros par an.

● Cette bascule a le mérite d'augmenter le salaire net des actifs en faisant davantage contribuer au financement de la protection sociale les titulaires de revenus de remplacement et de revenus du capital. En effet, à la différence des cotisations supprimées, dues par les seuls actifs, la CSG frappe toutes les catégories de revenus. En toute rigueur, il faudrait d'ailleurs parler « des CSG », car « la CSG » n'est pas un impôt unique, mais la collection de quatre impôts « cédulaires », qui frappent à des taux différents plusieurs catégories de revenus.

---

(1) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017.



**Les différents taux normaux de CSG  
(après augmentation de 1,7 point par la LFSS 2018)**

Les revenus d'activité et de remplacement sont soumis au taux de droit commun de 9,2 %, avec les exceptions suivantes :

- les allocations chômage et les indemnités journalières de sécurité sociale sont soumises à un taux de 6,2 % \* ;
- les pensions de retraite et d'invalidité sont soumises à un taux de 8,3 %.

Les revenus dits « du capital » sont soumis au taux de 9,9 % :

- revenus du patrimoine (revenus fonciers, par exemple) ;
- produits de placement (intérêts des comptes sur livret, par exemple) ;

La CSG frappe également les produits de certains jeux, en distinguant deux assiettes :

- le produit brut des jeux de casino, soumis à un taux de 11,2 ou 13,7 % selon la nature du jeu ;
- les jeux exploités par La Française des jeux, soumis à un taux de 8,6 %.

\* Ce taux n'a pas été augmenté par la LFSS 2018.

Source : *commission des affaires sociales*.

Parmi les catégories de contribuables auxquels un effort supplémentaire a été demandé, les retraités ont été au cœur du débat. La majorité a fait l'année dernière le choix politique d' « *une solidarité assumée entre les générations* », pour reprendre l'expression employée par le rapporteur général dans son commentaire de l'article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, devenu article 8 de la loi, et auquel on se référera utilement <sup>(1)</sup>.

**B. LES TAUX DE CSG NUL OU RÉDUIT, APPLICABLES AUX REVENUS DE REMPLACEMENT MODESTES, N'ONT PAS ÉTÉ AUGMENTÉS.**

Il faut immédiatement dire que la LFSS 2018 a exclu de l'augmentation uniforme de 1,7 point deux taux de CSG, applicables aux pensions de retraite et d'invalidité et aux allocations chômage modestes, qui sont restés de 0 et 3,8 %.

Le III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale soumet en effet ces revenus de remplacement à un taux réduit (3,8 %) ou nul, sous réserve que leur montant n'exécède pas certains seuils.

---

(1) <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r0316.pdf>, page 128.

Le taux nul s'applique aux pensions et allocations d'une année N lorsque le revenu fiscal de référence (RFR) de l'année N-2 n'excède pas 11 018 euros <sup>(1)</sup> pour la première part de quotient familial, c'est-à-dire pour une personne seule <sup>(2)</sup>. Le seuil est majoré à hauteur de 2 942 euros par demi-part supplémentaire, ce qui le porte à 16 902 euros pour un couple <sup>(3)</sup>. Ces seuils sont majorés outre-mer, plus encore en Guyane que dans les autres départements.

Le taux réduit s'applique aux pensions et allocations d'une année N, lorsque le RFR de l'année N-2 excède le seuil en-deçà duquel s'applique le taux nul, sans excéder 14 404 euros pour la première part de quotient familial, majorée de 3 846 euros par demi-part supplémentaire (avec également des majorations plus importantes outre-mer).

Sur le plan légistique, le 1° du II de l'article L. 136-8 fixe donc le seuil du RFR en-deçà duquel s'applique le taux nul, et le 2° du même III le seuil de RFR au-delà duquel s'applique le taux normal. Le taux réduit s'applique, par construction, entre ces deux seuils.

---

(1) Il s'agit du montant en-deçà duquel le taux nul s'applique en 2018, en prenant donc comme référence le RFR de 2016. Le montant inscrit au 1° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est de 10 996 euros, mais le dernier alinéa du même III prévoit une revalorisation annuelle des seuils au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, suivant l'inflation hors tabac. Cette remarque vaut donc pour l'ensemble des montants évoqués par la suite.

(2) Le quotient familial est un outil essentiel du calcul de l'impôt sur le revenu, familialisé et progressif. Chaque foyer fiscal est constitué d'un certain nombre de parts, variable selon sa composition. Le revenu imposable est divisé en autant de parts que compte le foyer ; c'est à ce revenu divisé qu'est appliqué le barème progressif (chaque tranche de revenu étant soumise à un taux croissant avec la tranche). Le montant d'impôt par part ainsi obtenu est ensuite multiplié par le nombre de parts, produisant le montant d'impôt dû par le foyer.

(3) Un couple représente deux parts de quotient familial. En l'espèce, la première part vaut 11 018 euros et la seconde 5 884, soit 2 X 2 942. La règle est donc différente de celle qui s'applique en matière d'impôt sur le revenu, voulant qu'un couple représente deux parts complètes, soit 22 036 euros au cas d'espèce.

### **Le revenu fiscal de référence**

Défini au IV de l'article 1417 du code général des impôts, le RFR est indiqué sur l'avis d'imposition ou de non-imposition du revenu, adressé à chaque foyer fiscal. Il ne correspond pas exactement au revenu net imposable du foyer, car plusieurs éléments sont ajoutés à ce revenu net, afin de tenir compte des capacités contributives effectives du foyer. Sont ainsi réintégrés certains abattements (par exemple l'abattement de 40 % sur les dividendes), certains revenus exonérés (par exemple les bénéfices exonérés en application des dispositifs « zonés » – zones franches urbaines, zones de revitalisation rurale, etc.), certains revenus exclus du barème mais soumis à un prélèvement forfaitaire libératoire (par exemple les produits des contrats d'assurance-vie). Parce qu'il donne justement un aperçu assez complet de la capacité contributive réelle, le RFR sert couramment de critère pour déterminer le bénéfice de certains avantages fiscaux et sociaux, et de certaines prestations sociales.

Le RFR est apprécié au niveau du foyer fiscal, et non de chaque personne assujettie à la CSG prise isolément. Ainsi, alors que la CSG est un impôt individuel, l'appréciation des seuils d'assujettissement aux taux nul ou réduit est familialisée, et tient compte de l'ensemble des revenus du foyer, pas seulement des pensions ou allocations possiblement concernées par les taux nul ou réduit. Pour ce faire, il faut se référer à la dernière situation fiscale connue avec certitude au cours de l'année N, c'est-à-dire celle de l'année N-2 (les revenus de l'année N-1 ne sont pas connus avant septembre de l'année N). D'une certaine manière, les caractéristiques de l'impôt sur le revenu – familialisation, décalage dans le temps (abstraction faite de la mise en œuvre prochaine du prélèvement à la source) – sont utilisées lorsqu'il s'agit de donner une forme de progressivité à la CSG qui, contrairement à l'IR, est un impôt proportionnel.

*Source : commission des affaires sociales.*

## **II. LE RELÈVEMENT DU TAUX NORMAL DE CSG SUR LES REVENUS DE REMPLACEMENT A RENFORCÉ LES EFFETS DU FRANCHISSEMENT DU SEUIL D'APPLICATION DE CE TAUX, EFFETS QUE LE PRÉSENT ARTICLE ENTEND TEMPÉRER.**

### **A. PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE**

● Comme le relève l'exposé des motifs du présent article, « *le franchissement [du seuil d'assujettissement au taux normal] conduit ainsi à une hausse importante des prélèvements dus, alors que l'accroissement de revenu peut être limité, voire temporaire ; par ailleurs, la hausse de prélèvement s'applique deux ans plus tard alors que les revenus ont pu entretemps se réduire de nouveau* ». Si ce phénomène n'a rien de nouveau, son effet a été accru par l'augmentation du taux normal.

Au 31 décembre 2016, dernière date pour laquelle des données sont disponibles, ce sont 3,5 % des retraités du régime général qui, d'une année sur l'autre, se voyaient appliquer le taux normal de CSG (1,9 % passant du taux réduit au taux normal, et 1,6 % du taux nul au taux normal).

- L'objet du présent article est d'éviter que le franchissement du seuil d'assujettissement au taux normal en N-2 donne lieu à application dudit taux normal en N, s'il s'avère que le franchissement est temporaire, par exemple du fait de la perception par le foyer fiscal, au cours de cette année N-2, d'un revenu non récurrent. Pour ce faire, il est proposé de conditionner l'application du taux normal au franchissement du seuil deux années consécutives, à la fois en N-2 mais également en N-3.

Pour la CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité et sur les allocations chômage due à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, le taux normal s'appliquera donc si les RFR de 2017 mais aussi de 2016 sont supérieurs au seuil. Si le RFR de 2017 est supérieur mais que celui de 2016 est inférieur, le taux nul ou réduit continuera de s'appliquer. Si la hausse de RFR en 2017 n'est pas temporaire, et que le seuil est également franchi en 2018, alors la CSG s'appliquera en 2020 au taux normal, les RFR de N-2 (2018) et de N-3 (2017) étant supérieurs au seuil.

Comme le relève l'étude d'impact, cela signifie qu' « aucun foyer assujetti en 2018 à la CSG au taux de 3,8 % ne remplirait le double critère pour devenir redevable de la CSG à 8,3 % en 2019 » ; en effet, quel que soit le montant de RFR 2017, le RFR 2016 est par construction inférieur au seuil d'assujettissement au taux normal, puisqu'il est ici question de foyers éligibles au taux réduit en 2018. En conséquence, « pour ces assurés, le taux de 3,8 % serait maintenu en 2019 et le taux normal ne s'appliquerait qu'en 2020, seulement si le montant de RFR de 2018 reste bien supérieur au seuil ».

- Plus de 350 000 foyers seraient ainsi épargnés chaque année des conséquences d'une augmentation provisoire de leur RFR N-2, dont 130 000 passant du taux nul au taux normal. Le coût pour les administrations de sécurité sociale serait de 350 millions d'euros par an, essentiellement au titre des pensions de retraites (330 millions, et seulement 20 pour les autres revenus de remplacement). Le gain moyen serait donc élevé, à hauteur de 928 euros par foyer ; il serait supérieur à 1 000 euros pour plus de 40 % des foyers.

## **B. LE DISPOSITIF JURIDIQUE PROPOSÉ**

Le 1<sup>o</sup> du I modifie la rédaction du premier alinéa du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, qui place en l'état du droit en facteur commun des 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> du III, relatifs à l'appréciation des seuils d'application du taux réduit et du taux normal, la référence au RFR N-2.

Le 2<sup>o</sup> du I reproduit cette référence dans le 1<sup>o</sup> du III de l'article L. 136-8, car les conditions d'assujettissement au taux réduit ne sont pas modifiées.

Le 3<sup>o</sup> du I prévoit en revanche une nouvelle condition d'assujettissement au taux normal, au 2<sup>o</sup> du III de l'article L. 136-8 : pourront échapper à l'application de ce taux les personnes dont le RFR de l'avant-dernière ou de

l'antépénultième année – la nouveauté est là – n'excède pas les montants prévus par la loi.

Le **II** prévoit l'application des dispositions du présent article à la CSG due pour les périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

\*  
\* \*

### *Article 12*

#### **Pérennisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunération**

##### **Adopté par la commission avec modifications**

L'article 12 crée une nouvelle contribution à la charge des organismes d'assurance maladie complémentaire dans le cadre de leur participation aux rémunérations des médecins autres que le financement à l'acte.

Cette nouvelle contribution, qui traduit un engagement de la convention médicale de 2016, remplace la contribution actuelle, dont l'assiette est complexe et instable.

#### **I. LES MODALITÉS ACTUELLES DE LA PARTICIPATION DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ AUX NOUVEAUX MODES DE RÉMUNÉRATION**

Depuis 2013, les organismes d'assurance maladie complémentaire participent au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins. Cet engagement, pris dans le cadre de l'avenant n° 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011, a été renouvelé dans le cadre de l'article 15 de la convention médicale du 25 août 2016, qui prévoyait l'intensification de l'engagement financier des organismes complémentaires dans le cadre du co-financement du « forfait patientèle » versé aux médecins traitants <sup>(1)</sup>.

En conséquence, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a instauré une participation au titre des années 2013 à 2015 assise sur une contribution due par chaque organisme d'assurance complémentaire en activité au 31 décembre de l'année en cours. Cette participation a été prorogée pour les années 2016 et 2017, respectivement par les articles 36 et 31 des lois de financement correspondantes. Elle est recouverte par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et reversée à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

---

(1) Ce forfait patientèle est versé aux médecins libéraux conventionnés et déclarés comme médecins traitants, en fonction du nombre de patients l'ayant déclaré comme médecin traitant et en tenant compte des caractéristiques de ces patients au regard de leur âge et de leur pathologie.

La convention médicale de 2016 prévoyait, outre la montée en charge de cette participation, la suppression définitive de cette contribution dans le cadre de la LFSS pour 2018, afin de la remplacer par un mécanisme pérenne, plus simple et plus transparent, permettant de rendre davantage visible, à la fois pour les médecins et les patients, la participation des organismes complémentaires à ce forfait patientèle <sup>(1)</sup>.

L'assiette actuelle est en effet complexe et instable, car elle est calculée par rapport au nombre d'assurés ayant consulté leur médecin traitant au cours de l'année civile précédente et ayant bénéficié à cette occasion de la prise en charge du ticket modérateur par leur complémentaire, à l'exception des bénéficiaires de la CMU complémentaire et des assurés et ayants droit de moins de 16 ans.

La mise en œuvre de ce nouveau mécanisme n'a toutefois pas pu aboutir en temps voulu, et l'article 21 de la LFSS pour 2018 a donc prorogé le schéma précédant – tout en aménageant les modalités de cette contribution ; et fixé le montant forfaitaire annuel de cette contribution à 8,10 euros par assuré concerné (contre 5 euros l'année précédente).

## **II. UN DISPOSITIF PLUS LISIBLE ET PÉRENNE**

Le présent article institue une contribution fiscale assise sur le chiffre d'affaires des organismes d'assurance complémentaire maladie, et dont le produit sera directement affecté à l'assurance maladie.

Selon les informations transmises au rapporteur général par le Gouvernement, plusieurs options ont été étudiées, en lien avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, sans qu'aucun dispositif alternatif à la création d'une taxe ne puisse être retenu, soit pour des raisons de recevabilité juridique, soit parce que ses modalités de mise en œuvre envisagées ne permettraient pas d'atteindre l'objectif poursuivi, soit parce qu'il ne recevait pas l'accord de ces organismes.

Le **II** créé un nouvel article L. 862-4-1 au sein du code de la sécurité sociale.

Cet article instaure, à la charge des organismes d'assurance maladie complémentaire mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité

---

(1) *Extrait de la convention médicale* : « L'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats médicaux considèrent que la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des rémunérations forfaitaires des médecins traitants, qui a été amorcée dans la convention précédente, peut se poursuivre si elle prend une forme différente. Ils conviennent à cet égard que la modalité, mise en place par la LFSS pour 2013, d'un prélèvement sur les organismes complémentaires d'assurance maladie, (...) doit évoluer afin de permettre à chaque organisme complémentaire d'assurance maladie de pouvoir informer en toute transparence chacun de ses adhérents ou assurés sur les sommes qu'il aura directement versées à chaque médecin dans le cadre de ce cofinancement. L'UNCAM et l'UNOCAM s'engagent à mettre en place, avant le 31 décembre 2017, une modalité technique et financière permettant d'atteindre cet objectif (...) ».

sociale<sup>(1)</sup>, une contribution à la prise en charge des nouveaux modes de rémunération des médecins.

Ces nouveaux modes de rémunération sont définis au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale comme « *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* ».

Elle sera due par chaque organisme en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle elle est due.

L'assiette de cette contribution ainsi que son taux sont nettement simplifiés par rapport à la taxe aujourd'hui en vigueur.

Cette nouvelle contribution est assise sur la même base que la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA) à laquelle les organismes d'assurance maladie complémentaire sont déjà assujetties en vertu de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire sur l'ensemble des primes et cotisations d'assurance maladie perçues par ces organismes d'assurance maladie complémentaire. Comme pour la TSA, cette contribution sera liquidée sur le montant des cotisations émises ou recouvrées au cours de chaque trimestre.

Le taux de cette contribution est fixé à 0,8 %, ce qui permettrait, selon l'étude d'impact, un rendement de 300 millions d'euros correspondant à l'engagement pris par les organismes d'assurance maladie complémentaire pour 2019 dans le cadre de la convention de 2016. L'exposé des motifs de l'article précise qu' « *afin de tenir compte de cet engagement, le taux de la contribution pourra être ajusté en cas d'évolution de l'assiette* ».

Les modalités de recouvrement de cette taxe restent en revanche inchangées, le recouvrement étant assuré par l'URSSAF, concomitamment au recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle – sauf aménagements prévus par décret en Conseil d'État – et selon les mêmes modalités que pour la TSA.

Le **I** ajoute cette nouvelle contribution à la liste des ressources de la branche maladie détaillées à l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale.

Le **III** précise que cet article entrera en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

---

(1) *Mutuelles régies par le code de la mutualité, institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la Sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime ; entreprises régies par le code des assurances ; organismes d'assurance maladie complémentaire étrangers non établis en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.*

La question de la durée dans le temps de ce dispositif doit toutefois être posée. L'étude d'impact prévoit que « *le taux de la contribution sera révisé en cas d'évolution de l'assiette de la contribution qui aboutirait à un écart significatif de rendement par rapport à l'engagement financier de 300 M€ pris par les organismes complémentaires* » et qu' « *un point d'étape sera réalisé sur le rendement de la contribution et la prolongation du dispositif, à l'échéance de l'actuelle convention médiale, soit en 2021* ». Pour le rapporteur général, il est en effet primordial que cette disposition, qui apparaît comme le meilleur vecteur juridique pour concrétiser l'engagement pris par les complémentaires en 2016, ne prime pas sur les négociations conventionnelles à venir.

\*

\* \*

### *Article 13*

## **Poursuivre la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations**

### **Adopté par la commission sans modification**

Dans un souci de simplification et de fiabilisation, l'article 13 renforce l'obligation de dématérialisation des procédures, pour les cotisants et sécurise juridiquement d'autres procédures dans leurs relations avec l'administration.

## **I. LA DÉMATÉRIALISATION DES DÉMARCHES EN MATIÈRE DE PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX A ÉTÉ PROGRESSIVEMENT RENFORCÉE**

Tant pour la simplification des démarches administratives pour les cotisants que pour l'efficacité et la fiabilité de ces procédures, la dématérialisation des déclarations et du paiement des cotisations et contributions sociales constitue un enjeu essentiel de la politique de recouvrement. Bien qu'en net progrès ces dix dernières années, le processus de dématérialisation doit être poursuivi tant pour les cotisants que pour l'administration.

### **A. UNE OBLIGATION ENCORE LACUNAIRE POUR LES COTISANTS**

#### **1. Les organismes de recouvrement ont mis en place de nombreux dispositifs de télé-déclaration et de télépaiement**

La progression de la dématérialisation résulte largement des objectifs volontaristes déclinés dans les conventions d'objectifs et de gestion avec l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et de la mise en place d'acteurs spécifiques à l'instar du groupe d'intérêt public pour la modernisation des déclarations sociales dit « GIP-MDS » qui regroupe un grand nombre



d'acteurs de la protection sociale en vue de faire converger les procédures, et de mettre à disposition des entreprises un portail unique « *net-entreprises* ».

L'offre dématérialisée s'est ainsi considérablement enrichie ces dernières années en proposant, gratuitement, à la fois :

– de pouvoir consulter les comptes URSSAF et d'effectuer des demandes en ligne (dit « dossier du cotisant en ligne » ou « DCL ») ;

– de procéder à la télé-déclaration des données relatives aux salaires avec la « déclaration unique des cotisations sociales » (« DUCS ») depuis 1999, fusionnée avec la déclaration annuelle des données sociales (« DADS »)<sup>(1)</sup> pour devenir la déclaration sociale nominative en 2014 (via « *net-entreprises* »)<sup>(2)</sup> ;

– procéder au paiement des cotisations en ligne soit via « *net-entreprises* », soit par le compte en ligne au sein de l'URSSAF en tant qu'employeur, et auprès du RSI depuis 2016<sup>(3)</sup>.

Ce déploiement s'est accompagné d'une montée en puissance des logiciels de paye compatibles avec « *net-entreprises* » puis avec la déclaration sociale nominative qui assure automatiquement la transmission des données dans le cadre de la déclaration sociale nominative, d'une part, et des tiers déclarants (avocats, experts-comptables), qui assurent en pratique l'ensemble de ces démarches pour le compte des cotisants, d'autre part. Ainsi, en 2016, la Cour des comptes rappelait que 59 % des entreprises interrogées externalisaient leurs déclarations sociales et estimaient le marché des éditeurs de logiciels de comptabilité et de la paye entre 3,5 et 5 milliards d'euros par an<sup>(4)</sup>.

## **2. Une obligation récemment étendue dans le champ social**

Si les dispositifs existants ont souvent été créés sur une base facultative, les obligations de dématérialisation des employeurs et travailleurs indépendants ont été considérablement renforcées ces dernières années, notamment pour les professionnels.

● Ainsi, la LFSS pour 2014 a renforcé la contrainte sur les entreprises en :

– abaissant le seuil rendant obligatoire la déclaration et le paiement dématérialisés des cotisations de 50 000 à 35 000 euros en 2014 puis 20 000 euros

---

(1) La DADS était une autre déclaration en format papier destinée au calcul des prestations sociales, mutualisée dans les CARSAT depuis 1985.

(2) Pour de détails sur la déclaration sociale nominative, on pourra utilement se référer au commentaire de l'article 50.

(3) Ce système a nécessité la mise en place d'un très important système d'information appelé « Télédep ».

(4) Cour des comptes, Simplifier la collecte des prélèvements sur les entreprises, rapport public thématique, juillet 2016, disponible ici : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160720-rapport-collecte-prelevements-entreprises.pdf>

en 2015 ; un décret du 17 juin 2014 <sup>(1)</sup> a également diminué le seuil de transmission obligatoire par voie électronique de la déclaration préalable d'embauche de 500 à 50, dans la perspective de la mise en place de la déclaration sociale nominative (article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale) ;

– créant un principe général de dématérialisation des procédures déclaratives pour les travailleurs indépendants non agricoles au-dessus d'un seuil fixé à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale en 2017 <sup>(2)</sup> (articles L. 133-6-7-2, devenu article L. 613-5 <sup>(3)</sup>, et D. 133-17).

• La mise en place progressive de la déclaration sociale nominative, automatisée et informatisée, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2014 a progressivement étendu l'obligation de dématérialisation des déclarations, notamment depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, date de la généralisation de la DSN à toutes les entreprises. Il n'existe donc plus de seuils de télédéclaration pour les employeurs.

• Enfin, l'ordonnance du 18 juin 2015 <sup>(4)</sup> qui a revu l'ensemble du fonctionnement des titres simplifiés (chèque d'emploi service universel, Pajemploi, titre emploi simplifié entreprises et titre emploi simplifié agricole, chèque emploi associatif) a prévu à son article 1<sup>er</sup> une obligation générale de télédéclaration et télépaiement, assortie de dérogations pour des publics spécifiques qui ne seraient pas en capacité de procéder de cette manière (particuliers dans le cadre du CESU et de Pajemploi, exploitants agricoles dans le cadre du TESA) (article L. 133-5-6).

### Les titres simplifiés de recouvrement en 2019

L'offre des titres simplifiés est une facilité déclarative consistant à déléguer, moyennant quelques informations essentielles, le calcul des obligations sociales et parfois fiscales à un organisme de recouvrement.

Créé en 2000, le **titre emploi service agricole (TESA)** peut être utilisé par un exploitant agricole employant moins de 20 salariés <sup>(5)</sup>, rémunérés en dessous de trois fois le plafond de la sécurité sociale, ou des salariés occasionnels dans la limite de 119 jours par an. Il permet de simplifier 11 formalités administratives (embauche et relation de travail).

---

(1) Décret n° 2014-628 du 17 juin 2014 relatif à la dématérialisation de la déclaration et du paiement des cotisations sociales pour les employeurs privés et les travailleurs indépendants ainsi qu'à la dématérialisation de la déclaration préalable à l'embauche pour les employeurs privés.

(2) Ce seuil est de 25 % pour les autoentrepreneurs.

(3) Il s'agit d'une conséquence rédactionnelle de la profonde modification des textes relatifs à la protection sociale des indépendants résultant de l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(4) Ordonnance n° 2015-682 du 18 juin 2015 relative à la simplification des déclarations sociales des employeurs.

(5) À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, le TESA sera ouvert aux entreprises de toutes les tailles dans une solution mixte avec la DSN.

Créé en 2003, le **chèque emploi associatif (CEA)** permet au responsable d'une association à but non lucratif d'obtenir une simplification des formalités sociales liées à l'embauche et à la paye de ses salariés.

Créé en 2004\*, **Pajemploi** s'adresse également aux particuliers employeurs et facilite leur immatriculation ainsi que le calcul et le prélèvement de cotisation pour l'emploi d'une assistante maternelle ou d'une garde d'enfants à domicile. Elle délivre également le bulletin de paye et permet d'intégrer directement les avantages sociaux liés notamment au complément du mode de garde (CMG).

Créé en 2006\*, le **chèque emploi service universel (CESU)** s'adresse aux particuliers employeurs en vue de leur permettre de rémunérer simplement un salarié à domicile. Le Centre national du chèque emploi service universel gère ainsi l'ensemble des « *volets sociaux* » (période d'activité, nombres d'heures, salaire, cotisations, attestations de salaires, information sur les droits).

Créé en 2008\*, le **titre emploi service entreprise (TESE)** permet à un chef d'entreprise d'une entreprise de moins de vingt salariés de réaliser de nombreuses démarches de manière simplifiée (formalités d'embauche, bulletin de paye, déclaration des cotisations sociales).

L'ensemble de ces dispositifs sont gérés par le réseau de l'ACOSS, à travers deux organismes de recouvrement gestionnaires, à l'exception du TESA qui relève de la Mutualité sociale agricole (MSA).

*\*Il existait des dispositifs plus anciens créés dans les années 1990 qui ont été rénovés ou rationalisés à la date indiquée.*

On compte encore de nombreuses exceptions à l'obligation de dématérialisation : les entreprises qui ne sont pas encore passées à la déclaration sociale nominative, les travailleurs indépendants en dessous d'un certain seuil, les utilisateurs de certains titres simplifiés qui en font la demande.

### 3. Des résultats réels mais perfectibles

● Au terme de ce processus de développement d'une offre pertinente et du renforcement des obligations, la dématérialisation est devenue un mode largement majoritaire de déclaration et de paiement dans le champ social. Ainsi, en 2017, l'ACOSS évalue à :

– 94,07 % le taux de dématérialisation des paiements pour les employeurs de salariés ;

– 80 % de télédéclaration et 70 % de télépaiement pour les travailleurs indépendants ;

– 73,56 % des volets sociaux du CESU.

Ces résultats sont néanmoins à comparer avec ce qui existe en matière fiscale et les objectifs globaux qui sont assignés à l'administration.

Dans le champ fiscal, l'article 53 de la LFR pour 2011 a généralisé l'obligation de télédéclaration et de télépaiement à toutes les entreprises quel que soit leur chiffre d'affaires ; ainsi la quasi-totalité des obligations fiscales des entreprises doivent être réalisées par voie dématérialisée (déclarations de résultat, paiement de l'impôt sur les sociétés, démarches de déclaration, remboursement ou paiement de la taxe sur la valeur ajoutée, déclaration et paiement de la contribution économique territoriale, ...<sup>(1)</sup>). Les résultats obtenus sept ans après cette généralisation sont significatifs : en 2017, 99,5 % de l'impôt sur les sociétés, 99,7 % de la TVA et 91,5 % de la taxe sur les salaires sont acquittés en ligne<sup>(2)</sup>.

S'agissant des particuliers, la direction générale des finances publiques parvient à obtenir 55 % de télédéclaration en l'absence d'obligation et 81 % de télépaiement de l'impôt sur le revenu, grâce à une obligation abaissée de 2 000 à 300 euros.

Par ailleurs, la convention d'objectifs et de moyens 2018-2022 a fixé des objectifs ambitieux à destination du réseau de recouvrement des prélèvements sociaux pour 2022 :

– 99 % de procédures dématérialisées pour les cotisations et contributions sociales des employeurs, ce qui suppose une augmentation du taux d'un point chaque année ;

– 95 % de télépaiement pour les travailleurs indépendants ; l'enjeu est très important car le paiement par chèque comporte de nombreux risques de recouvrement bien connus (chèques sans provisions, perte, retard) ;

– 90 % de dématérialisation des volets sociaux du chèque emploi service universel.

Pour être atteintes, ces cibles nécessiteront, outre des mesures d'accompagnement, un renforcement des obligations de dématérialisation.

## **B. UN RECOURS INSUFFISANT DES ORGANISMES DE RECOUVREMENT AUX PROCÉDURES DÉMATÉRIALISÉES**

• Dans ce contexte de promotion de la dématérialisation auprès des cotisants, les organismes de recouvrement doivent également évoluer. Or, le cadre juridique impose encore parfois une transmission en format « papier » alors que celle-ci est aujourd'hui souvent moins fiable et moins traçable qu'un courriel. Tel est le cas par exemple de l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale qui

---

(1) On compte néanmoins quelques exceptions comme le paiement de la taxe foncière inférieure à 1 000 euros ou la déclaration de la taxe sur les véhicules de société pour les entreprises qui relèvent du régime simplifié d'imposition.

(2) Cahiers statistiques de la direction générale des finances publiques, disponibles ici : [https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions\\_services/dgfp/Rapport2017/RA2017\\_cahierstats\\_0719.pdf](https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dgfp/Rapport2017/RA2017_cahierstats_0719.pdf)  
Le montant relatif à la taxe sur les salaires demeure légèrement plus faible mais a augmenté de 40 points en deux ans.

prévoit la transmission de la mise en demeure par « *lettre recommandée* ». Ce faisant, il accroît considérablement les risques contentieux, en facilitant la contestation de la réception des mises en demeure par des cotisants plus ou moins de bonne foi.

Cet envoi a par ailleurs un coût chiffré par l'ACOSS en 2017 à 8,7 millions d'euros.

● De même, les conditions dans lesquelles les pièces justificatives nécessaires à la déclaration et, surtout, en cas de contrôle, peuvent être valablement numérisées semblent trop strictes, rendant le travail de l'entreprise comme de celui de l'agent de contrôle inutilement difficile et formel.

Le régime juridique de la copie électronique est prévu par l'article 1379 du code civil qui permet d'établir une présomption de fiabilité du document, à condition que celui-ci respecte les conditions fixées par le décret du 5 décembre 2016<sup>(1)</sup>. Ces dernières sont pour le moins contraignantes, s'agissant de l'ensemble des éléments relatifs à la paye pendant une durée qui peut aller jusqu'à 5 ans (délai de prescription du contrôle) : le document doit recevoir une empreinte électronique permettant d'identifier toute modification ultérieure affectant le fichier et être authentifié par un cachet d'horodatage, électronique ou une signature électronique qualifiée auprès d'un prestataire labellisé.

En l'absence d'une telle procédure, la validité du document numérisé doit être prouvée par la production du support papier, ce qui en diminue considérablement l'utilité, ou être démontrée par tout autre moyen à l'occasion d'un contentieux qu'on devine difficile à prévoir tant pour l'administration que pour le cotisant.

Toutes les administrations ne se soumettent pas pourtant, par le silence des textes, aux dispositions civiles de droit commun : ainsi le droit fiscal prévoit que les factures transmises par voie électronique peuvent être conservées sur tout support informatisé à condition soit que le format informatique original ait été conservé (VII de l'article 289 du code général des impôts), soit que la numérisation ait été faite sous format PDF assorti d'une signature électronique conforme (article A. 102 B-1 du livre des procédures fiscales).

## **II. L'ARTICLE 13 CONFORTE LE PROCESSUS DE DÉMATÉRIALISATION TOUT EN AJUSTANT D'AUTRES DISPOSITIFS**

Prolongeant les tendances de ces dernières années, l'article 13 renforce les obligations et les facultés de dématérialisation pour l'administration et les cotisants et procède à plusieurs ajustements dans des dispositifs existants.

---

(1) Décret n° 2016-1673 du 5 décembre 2016 relatif à la fiabilité des copies et pris pour l'application de l'article 1379 du code civil.

## A. DES OBLIGATIONS ÉTENDUES POUR LES COTISANTS DANS LE CADRE DES TITRES SIMPLIFIÉS

### 1. Des règles de recouvrements renforcées dans la perspective du « *tout-en-un* »

Beaucoup d'articles relatifs aux titres simplifiés devant être modifiés au 1<sup>er</sup> janvier 2019 dans le cadre de l'entrée en vigueur du prélèvement à la source, le **III** apporte des modifications à la LFSS pour 2017 et le **IV** à la LFSS pour 2018.

- *Le recouvrement du salaire dans le cadre du « tout-en-un »*

Le 2<sup>o</sup> du **III** complète le quatrième alinéa de l'article L. 133-5-8, dans sa rédaction issue de la LFSS pour 2017, en prévoyant que la créance liée au non-paiement par l'employeur des rémunérations dues est automatiquement transférée à l'organisme de recouvrement. Elle est alors recouvrée selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations sociales.

Il s'agit d'une conséquence du service « *tout-en-un* » dans le sillage de la mise en œuvre du prélèvement à la source par les dispositifs CESU et Pajemploi, conformément à l'article 60 de la loi de finances pour 2017 et à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017<sup>(1)</sup>. En effet, dans ce nouveau dispositif, les employeurs verseront les salaires bruts aux organismes de recouvrement gestionnaires, lesquels effectueront le précompte de l'impôt sur le revenu à leur place.

Cette simplification bienvenue pour de nombreux particuliers appelle néanmoins quelques mesures renforçant les pouvoirs de recouvrement des organismes, s'agissant de ces rémunérations.

Afin d'éviter tout aléa moral, ils pourront, dans le droit proposé, en cas de non-paiement du salaire suspendre l'accès à la plateforme et recouvrer le salaire non versé directement auprès de lui avec tous les moyens qui sont traditionnellement à leur disposition pour effectuer le recouvrement des cotisations et contributions sociales (mise en demeure, exécution forcée, ...).

- *Un recouvrement par plusieurs organismes conforté*

Le 2<sup>o</sup> du 1<sup>o</sup> du **I** modifie l'article L. 133-5-10 afin de rendre possible le recouvrement des cotisations, contributions et retenue à la source par plusieurs organismes désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale, au lieu d'un seul dans le droit existant.

Il s'agit de rendre complémentaire les différents organismes assurant le recouvrement des sommes dues dans le cadre des titres simplifiés, pour assurer

---

(1) Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017

« une plus grande disponibilité et proximité avec les déclarants », comme le souligne l'étude d'impact.

D'après les informations obtenues par le rapporteur général auprès de la direction de la sécurité sociale, il s'agirait de revenir sur une rédaction issue de l'ordonnance précitée de 2015 qui, mal interprétée, pourrait conduire à rigidifier considérablement le processus de recouvrement en empêchant les URSSAF qui ne gèrent pas directement les titres simplifiés de recouvrer les créances issues de ce mode de déclaration <sup>(1)</sup>.

- *Une obligation de dématérialisation renforcée*

Le 2° du IV précise à l'article L. 133-5-8, dans sa rédaction issue de l'article 14 de la LFSS pour 2018, le cadre de l'absence de dématérialisation par les déclarants qui y sont contraints :

Une sanction administrative peut leur être appliquée ; elle est équivalente à celle prévue en cas de défaut de production de la déclaration sociale nominative soit 1,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par salarié et par mois ou fraction de mois de retard selon le dernier effectif connu ou déclaré ;

Les conditions de dérogation à l'obligation de dématérialisation sont durcies :

– la référence à la possibilité de s'en dispenser sur demande lorsque le cotisant n'est « pas en capacité » de procéder par voie dématérialisée est supprimée par le 4° du IV ;

– elle est remplacée par une référence au code général des impôts par le 2° du IV laquelle prévoit que les contribuables qui indiquent à l'administration ne pas être en mesure de souscrire à la déclaration électronique de l'impôt sur le revenu ou qui résident dans des zones où aucun service mobile n'est disponible peuvent réaliser une déclaration papier ; celle-ci a le mérite d'harmoniser les deux régimes déclaratifs ;

– ce même 2° restreint le champ des personnes qui peuvent demander à se voir appliquer ce régime harmonisé aux seuls particuliers employeurs en cohérence avec le renvoi à un dispositif applicable à l'impôt des personnes ; les employeurs agricoles recourant au TESA sont donc exclus de cette possibilité.

La direction de la sécurité sociale a précisé, sur sollicitation du rapporteur général, qu'en tout état de cause, très peu d'employeurs agricoles recouraient encore aux démarches « papier ».

---

(1) Décret n° 2016-1567 du 21 novembre 2016 relatif à la généralisation de la déclaration sociale nominative

– Ainsi, ne peuvent utiliser les supports papier que les particuliers utilisant le chèque emploi service universel (CESU) qui ne sont pas tenus d’effectuer par voie dématérialisée leur déclaration d’impôt sur le revenu.

## **2. Une obligation générale de télédéclaration pour les travailleurs indépendants**

Le 5° du I réécrit entièrement l’article L. 613-5 et substitue à une obligation conditionnée à un seuil de chiffre d’affaires une obligation générale de procéder, tant pour la déclaration que pour le paiement des cotisations et contributions sociales, par voie dématérialisée. La sanction encourue demeure, comme dans le droit existant, une majoration des montants dus de 0,2 %.

Cette obligation renforcée s’inscrit dans la perspective d’une unification des déclarations fiscales et sociales pour l’ensemble des travailleurs indépendant d’ici 2020.

Elle ne devrait pas poser de difficultés en pratique, les travailleurs indépendants étant déjà soumis à une obligation totale en matière fiscale. Tous sont donc d’ores et déjà outillés pour satisfaire à leurs obligations déclaratives et de paiement.

## **B. DE NOUVELLES FACULTÉS DE DÉMATÉRIALISATION POUR L’ADMINISTRATION COMME POUR LES COTISANTS**

### **1. Un recours élargi aux titres simplifiés**

● Le 1° du I modifie l’article L. 133-5-6 qui prévoit la liste des personnes pouvant recourir à des titres simplifiés.

Les conditions sont nettement assouplies puisque la limitation du TESE aux entreprises de moins de 20 salariés est supprimée de même que la limitation du CEA aux associations ou fondations de moins de 20 salariés.

● Le 2° du II fait de même pour le TESA en supprimant l’article L. 712-3 du code rural et de la pêche maritime qui limitait le recours à ce titre aux entreprises de moins de 20 salariés.

En cohérence, la référence à cet article L. 712-3 est supprimée à l’article L. 712-2 par le a) du 1° du II.

Le b) du 1° du II précise au même article L. 712-2 qui définit le titre emploi service agricole que celui-ci n’est utilisable qu’en France métropolitaine.

Le 1° du IV supprime à l’article L. 133-5-6, dans sa rédaction issue de l’article 14 de la LFSS pour 2018, l’obligation pour les employeurs agricoles l’obligation d’utiliser le TESA pour l’ensemble de ses salariés.



Le titre pourra simplifier la déclaration et le paiement des cotisations de certains salariés, pendant que d'autres relèveront des procédures habituelles.

Cette mesure d'assouplissement était très attendue par les employeurs agricoles et le rapporteur général se félicite que les obstacles techniques aient pu être levés pour pouvoir la mettre en œuvre.

## **2. Dématérialisation des pièces justificatives**

Le 3° du **I** crée après la section VI relative à la délivrance d'attestations relatives aux obligations déclaratives et de paiement une section VII consacrée à l'obligation et au délai de conservation des documents nécessaires au recouvrement ou au contrôle des cotisations et contributions sociales.

Cette section nouvelle comprend un article unique L. 243-16 qui prévoit que les documents ou pièces justificatives nécessaires à l'établissement de l'assiette ou au contrôle doivent être conservés pendant au moins six ans à compter de leur établissement ou de leur réception. La possibilité de les conserver sous un format numérisé est conditionnée au respect de conditions qui seront fixées par arrêté ministériel, différentes des règles générales du droit civil.

La durée de conservation de six ans est identique à celle qui existe en matière fiscale ainsi que celle qui est appliquée en pratique en matière de contrôle URSSAF puisque le cotisant doit pouvoir s'expliquer sur les cinq exercices précédents.

La direction de la sécurité sociale a précisé au rapporteur général qu'en pratique l'arrêté auquel est renvoyé le soin de fixer les conditions de cette numérisation reproduira celles qui sont applicables en matière fiscale.

Le 3° du **II** crée un article L.724-7-2 du code rural et de la pêche maritime pour transposer ce principe dans le champ des personnes contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole.

## **3. La dématérialisation des mises en demeure**

Le 4° du **I** modifie l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale afin de permettre la transmission de la mise en demeure préalable à toute opération de recouvrement forcé par tout moyen donnant date certaine à leur réception par l'employeur ou le travailleur indépendant.

Le 4° du **II** transpose le même principe pour les professions agricoles à l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime.

Cette nouvelle faculté devrait permettre de fiabiliser le recouvrement et d'économiser d'importants frais d'affranchissement.

## **C. LES AUTRES MODIFICATIONS PROPOSÉES**

### **1. Des modifications rédactionnelles**

Le 1° du **I** rectifie une erreur rédactionnelle à l'article L. 133-1, qui porte sur le procès-verbal de travail dissimulé, issue de la LFSS pour 2017.

Le 1° du **III** procède à une précision rédactionnelle à l'article L. 133-5-12, s'agissant de l'organisme « *versant* » le salaire pour la première fois dans le cadre de la déclaration par un titre simplifié.

Le 3° du **III** procède à une modification de nature rédactionnelle à L. 531-8-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de l'article 42 de la LFSS pour 2017, relatif à la comptabilisation du complément de libre choix du mode de garde (CMG) dans les rémunérations versées.

Le 3° du **IV** procède à une modification rédactionnelle à l'article L. 133-5-8 dans sa rédaction issue de l'article 14 de la LFSS pour 2018.

### **2. Une adaptation de la procédure de rescrit social dans le champ agricole**

Les **a)** et **b)** du 5° du **II** modifient l'article L. 725-24 du code rural et de la pêche maritime qui transpose et adapte l'article L. 243-6-3 sur le rescrit en matière de cotisations aux professions relevant de la mutualité sociale agricole.

La rédaction proposée reprend exactement celle qui est applicable aux URSSAF et écrase le **II** de l'article existant qui procédait par renvoi avec le rescrit des indépendants, supprimé à l'occasion du transfert de l'ensemble des affiliés du régime social des indépendants (RSI) vers le régime général.

Cette modification n'entraîne aucun changement substantiel dans les droits des cotisants agricoles, le rescrit « URSSAF » offrant les mêmes garanties que celui de l'ex-RSI.

\*

\* \*

*Article 14*

**Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 14 simplifie la structure de la redevance due par les laboratoires ou entreprises qui demandent la modification d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), conformément aux engagements du Gouvernement lors du 8<sup>ème</sup> Conseil stratégique des industries de santé (CSIS).

Les demandes de modifications mineures d'AMM seront désormais exemptées du paiement de cette redevance. En contrepartie, le plafond de ces droits est augmenté.

L'article 1635 *bis* AE du code général des impôts prévoit le paiement d'un droit à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) lorsqu'un laboratoire ou une entreprise dépose certains types de dossiers.

Chaque demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un médicament auprès de l'ANSM, mais également chaque demande de renouvellement, ou de notification de modification de cette autorisation est soumise à cette redevance. Ces droits sont collectés par la direction générale des finances publiques (DGFIP) au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Lors du 8<sup>ème</sup> Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) qui s'est tenu le 10 juillet 2018, le Gouvernement a annoncé la simplification de la structure de la redevance de l'ANSM, grâce à la suppression de cette redevance pour l'examen par l'ANSM de certaines modifications mineures des autorisations de mise sur le marché de médicament <sup>(1)</sup>.

Le présent article concrétise cet engagement.

Le **1° du I** exempte de cette redevance des « *modifications mineures de type IA* » d'une AMM telles que définies par le 2) de l'article 2 du règlement (CE) n° 1234/2008 de la Commission du 24 novembre 2008 concernant l'examen des modifications des termes d'une autorisation de mise sur le marché de médicaments à usage humain et de médicaments vétérinaires, portant sur des informations de nature administrative et technique et ne nécessitant pas une expertise scientifique.

Le règlement européen précité précise que ces modifications mineures de type IA sont celles « *dont les répercussions sur la qualité, la sécurité ou l'efficacité du médicament concerné sont minimales ou nulles* ».

---

(1) Cette redevance s'élève aujourd'hui à 1 400 euros pour les modifications mineures d'AMM (article 344 undecies A du code général des impôts).

La liste précise des demandes de modifications exemptées du paiement d'un droit sera fixée par décret en Conseil d'État.

Selon l'étude d'impact annexée au présent article, la perte de recettes induite par la suppression de ces droits d'enregistrement pour des modifications mineures est évaluée à environ 13 millions d'euros (le rendement total des droits versés au profit de la CNAM au titre des procédures de déclaration et d'enregistrement après de l'ANSM étant de 63 millions d'euros en 2017).

Afin d'assurer la neutralité financière de cette mesure, le 2° du I augmente par conséquent le plafond fixé par l'article 1635 *bis* AE pour ces droits en cas de demande d'AMM, de reconnaissance par un autre État membre de l'Union européenne d'une AMM ou d'importation parallèle, et de renouvellement ou de modification de ces demandes. Ces droits, aujourd'hui plafonnés à 50 000 euros, seront désormais plafonnés à 60 000 euros. Le montant exact de ces droits selon les catégories de demandes sera ensuite précisé par décret.

Le II précise que ces dispositions s'appliqueront à l'ensemble des demandes déposées à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

\*

\* \*

### *Article 15*

#### **Réforme des mécanismes de sauvegarde applicables aux produits de santé**

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 15 clarifie le fonctionnement des mécanismes de sauvegarde applicables aux médicaments en substituant un taux unique (« M ») aux taux spécifiques pour la ville (Lv) et l'hôpital (Lh) et en élargissant l'assiette à laquelle ils s'appliquent.

#### **I. LES MÉCANISMES DE SAUVEGARDE, OUTILS DE RÉGULATION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS**

Mis en place comme des outils complémentaires de régulation des dépenses de santé liées au médicament, les mécanismes de sauvegarde constituent des prélèvements éventuels sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques.

## A. L'OBJET : UN MODE DE RÉGULATION SUBSIDIAIRE DES DÉPENSES DE SANTÉ

- *Une dépense maîtrisable et à maîtriser*

Les dépenses de médicament constituent une part très significative des dépenses publiques de santé. Ainsi, les médicaments représentaient en 2016 17,1 % de la consommation de soins et biens médicaux dont 68,9 % remboursés par la sécurité sociale et 1,5 % par l'État et la CMU-c <sup>(1)</sup>.

Ce poids significatif dans la dépense doit être mis en regard de son caractère maîtrisable à la fois par la consommation et par les prix, ce qui explique qu'une régulation ambitieuse a été mise en place depuis vingt ans dans le cadre de l'objectif de maîtrise médicalisée <sup>(2)</sup>. Ainsi, en 2017, sur une réalisation de 708 millions d'euros d'économies dans le champ de l'ONDAM, le poste « médicaments » a représenté quasiment la moitié des économies réalisées, soit 348 millions d'euros <sup>(3)</sup>.

Ces efforts se traduisent par une large palette d'outils de régulation, financiers et non financiers (campagnes dirigées vers les prescripteurs, actions de communication vers le public, déremboursements, appui juridique et financier aux médicaments génériques, ...), complétés par un mécanisme fiscal : les clauses de sauvegarde.

- *La création des clauses de sauvegarde*

La création d'une clause de sauvegarde en 1999 <sup>(4)</sup> répondait au souci spécifique de mieux lier les objectifs de maîtrise des dépenses de santé au chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, lié à la production et à la vente de médicaments remboursables, lequel a nécessairement comme contrepartie financière des dépenses du système d'assurance maladie.

Ce prélèvement qui ne s'applique que si ces dépenses dépassent un seuil exerce ainsi une forte incitation des industries à conclure des accords avec les autorités de régulation en amont, faute de quoi elles sont soumises à une importante imposition en aval.

Les importantes réformes mises en œuvre en 2015 puis en 2017 n'ont pas remis en cause ces principes essentiels de son fonctionnement, validés par le Conseil constitutionnel tant au regard des principes d'égalité devant les charges publiques que de liberté contractuelle <sup>(5)</sup>.

---

(1) DREES, Les dépenses de santé en 2016, édition 2017, disponible ici : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ve-3.pdf>

(2) Chaque année, l'ONDAM prend en compte un objectif d'économies à réaliser par l'assurance maladie sur certains postes de dépenses par rapport au tendanciel.

(3) Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, Résultats 2017 Prévisions 2018, juin 2018.

(4) Article 31 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

(5) Conseil constitutionnel, 19 décembre 2000, LFSS pour 2001.

## **B. LE MÉCANISME : UN PRÉLÈVEMENT SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE DIFFÉRENCIÉ ENTRE LES DÉPENSES DE VILLE ET DÉPENSES HOSPITALIÈRES**

Le mécanisme de sauvegarde distingue deux étapes : le déclenchement du prélèvement et le calcul de la contribution due par chaque fabricant.

- Le déclenchement de la clause de sauvegarde dépend depuis l'origine de l'évolution de l'ensemble des chiffres d'affaires liés aux médicaments remboursables ou pris en charge par la sécurité sociale<sup>(1)</sup>, calculé à partir des données déclarées par chaque entreprise annuellement à partir d'un formulaire spécifique. Cette étape poursuit donc une logique d'agrégation, en cohérence avec son objectif de régulation macroéconomique.

L'ensemble ainsi agrégé donne lieu au calcul d'une contribution globale dont les industries pharmaceutiques sont redevables lorsque ce taux d'évolution dépasse un seuil (article L. 138-10 du code de la sécurité sociale).

Le mode de calcul de cette contribution a en revanche beaucoup évolué au fil des réformes, notamment dans son architecture : le seuil de déclenchement, initialement calculé à partir du niveau de l'ONDAM (dit « taux K »), est depuis la LFSS pour 2015<sup>(2)</sup> déterminé librement par le législateur (taux dit « L ») ; dans une démarche plus volontariste de réduction des dépenses de médicaments, ces taux ont été régulièrement fixés en dessous du niveau de l'ONDAM ; enfin, la LFSS pour 2017<sup>(3)</sup> a entendu distinguer l'évolution des dépenses remboursables de médicaments en ville (taux dit « Lv ») et de celles effectuées à l'hôpital (taux dit « Lh »), afin de tenir compte de l'importance des médicaments innovants dans le secteur hospitalier ;

Le mécanisme fonctionne en revanche quasiment depuis l'origine<sup>(4)</sup> avec des taux de prélèvement marginaux croissants par tranche (50 %, 60 % et 70 % du chiffre d'affaires), chacune des trois tranches correspondant à un niveau de dépassement du seuil de déclenchement (inférieur ou égal à 0,5 point, compris entre 0,5 et 1 point, supérieur à 1 point).

- Lorsque le mécanisme est déclenché, la répartition de la contribution globale repose à parité sur deux critères prévus au quatrième alinéa de l'article L. 138-12 :

---

(1) Il s'agit des médicaments remboursables en officine déterminés par la liste prévue au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article L. 162-17 (ville), et des médicaments de la liste en sus prévue à l'article L. 162-22-7, faisant l'objet d'une rétrocession dans les conditions prévues à l'article L. 5126-4, bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) prévue à l'article L. 5121-1 ou relevant du régime dit « post-ATU » prévu à l'article L. 162-16-5-2.

(2) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

(3) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(4) Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001

– la part du chiffre d'affaires de l'entreprise dans le chiffre d'affaires global ; cette part tend à tenir compte du poids de l'entreprise considérée dans le marché du médicament ;

– le taux d'évolution du chiffre d'affaires propre à l'entreprise ; cette part permet de tenir compte de l'effort de maîtrise de chaque fabricant.

Enfin, le montant des contributions de chaque entreprise est plafonné à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au cours de l'année considérée (troisième alinéa de l'article L. 138-12).

#### TAUX D'ÉVOLUTION RETENUS POUR LES MÉCANISMES DE SAUVEGARDE DEPUIS 2012

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
(K) + 0,5 %	(K) + 0,4 %	(K) + 0,4 %	(L) – 1 %	(L) – 1 %	(Lv) + 0 %	(Lv) + 0 %
					(Lh) + 2 %	(Lh) + 3 %

Source : LFSS 2012 à 2018.

### C. LE CHAMP : UN DISPOSITIF SOUMIS À DE NOMBREUSES EXEMPTIONS QUI COMPLIQUENT LE MODE DE CALCUL

Le dispositif est toujours restreint au champ du médicament, au sein duquel il fait l'objet de nombreuses exemptions.

● L'assiette des contributions est grevée par plusieurs mécanismes prévus à l'article L. 138-10 ; sont ainsi déduits du chiffre d'affaires hors taxe considéré précédente :

– les contributions « Lv et Lh » et « W » (voir ci-dessous) versées l'année précédente pour l'assiette de référence ; cette déductibilité n'est pas sans poser des difficultés techniques puisqu'en minorant le chiffre d'affaires de l'année précédente du montant des contributions de cette même année, elle induit pour les fabricants un effet de base négatif : un écart important par rapport aux seuils entraîne une contribution importante qui diminue d'autant la base de calcul de l'année suivante et rend plus difficile d'atteindre le nouvel objectif pour l'année suivante ;

– les remises effectuées par les fabricants sont déduites du chiffre d'affaires global tant pour l'année de référence que pour l'année d'exercice ;

### Les remises susceptibles de minorer la contribution

Les remises sont, comme le rappelle la Cour des comptes, « *des contrats de partage du risque économique avec les payeurs* »<sup>(1)</sup> (accords « prix-volumes », clauses de « plafonnement », les remises « à la première boîte » et les clauses de coût de traitement journalier ou de posologie). En pratique, elles passent par des accords entre les fabricants ou un organisme représentatif, d'une part, et le comité économique des produits de santé (CEPS), instance spécialisée placée auprès du ministère chargé de la sécurité sociale, d'autre part.

La déductibilité des remises est doublement encadrée par l'article L. 138-13 :

– par nature, puisqu'il ne peut s'agir que des remises prévues aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 (remises versées au CEPS pour s'acquitter de la clause de sauvegarde de l'année précédente) ; les remises « produits » et « ATU et post-ATU » prévues aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1, versées *a posteriori*, ne sont en revanche plus déductibles de l'assiette depuis 2017<sup>(2)</sup> ;

– par un volume minimal, puisque, depuis la LFSS pour 2015, les remises ne sont déductibles qu'à condition que le fabricant ait conclu un accord sur les prix avec le CEPS portant sur une part prépondérante de leur chiffres d'affaires (80 % relevé à 90 % en 2017) ; elles deviennent totalement exonératoires des contributions si elles représentent 80 % du montant total théoriquement dû pour chacune d'entre elle.

– les médicaments traitant des maladies orphelines et pour lesquels le chiffre d'affaires ne dépasse pas 30 millions d'euros ;

– les médicaments génériques dispensés en officine de ville et qui n'ont pas le même prix que le *princeps*, hors ceux faisant l'objet du tarif forfaitaire de responsabilité.

En raison du mode de calcul de la contribution, basé sur le taux d'évolution du chiffre d'affaires d'une année sur l'autre, les entreprises nouvellement créées qui ne sont pas issues d'une scission ou d'une fusion ne sont pas redevables de la contribution, faute d'assiette sur laquelle appliquer le prélèvement.

• Le succès de ces mécanismes – dont témoigne la baisse tendancielle des dépenses depuis 2012 soulignée par la Cour des comptes<sup>(3)</sup> – a conduit à son extension en 2015<sup>(4)</sup> de manière spécifique aux médicaments destinés au traitement de l'hépatite C pour faire face à l'émergence rapide de traitements

---

(1) *Cour des comptes*, Rapport d'application sur les lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017, p. 361, disponible ici : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017-fixation-prix-medicaments.pdf>

(2) *Le législateur avait en effet privilégié une assiette globale brute, plus facilement prévisible pour les industriels qu'une assiette nette des remises « produits » qui sont par définition inconnues entre les laboratoires concurrents.*

(3) *Ibid.* p. 357.

(4) *PLFSS pour 2015 précité.*



innovants coûteux. Le principe est sensiblement le même que pour les autres médicaments : lorsque l'évolution du chiffre d'affaires global dépasse un seuil fixé par la loi (dit « taux W »), une contribution est due par les fabricants dont le niveau est en proportion de ce dépassement et de leur poids dans le marché concerné.

Contrairement au mécanisme « Lv/Lh », le mécanisme « W » reposait sur deux seuils qui devaient être simultanément dépassés pour déclencher le prélèvement : l'un pour le taux de progression du chiffre d'affaires et l'autre pour le niveau du chiffre d'affaires lui-même.

Conçu dès l'origine comme provisoire, le taux « W » n'est plus appliqué depuis 2018, bien que ses fondements juridiques n'aient pas été abrogés dans le code de la sécurité sociale.

## **II. L'ARTICLE 15 DU PROJET DE LOI CLARIFIE LE FONCTIONNEMENT DES MÉCANISMES DE SAUVEGARDE POUR LES MÉDICAMENTS ET ÉTEND SON APPLICATION AUX DISPOSITIFS MÉDICAUX**

### **A. LA FUSION DES TAUX LV ET LH AU PROFIT D'UN MÉCANISME DE SAUVEGARDE UNIQUE APPLICABLE À UNE ASSIETTE PLUS RÉALISTE**

#### **1. Une simplification du mécanisme de calcul**

Le A du I rétablit à l'article L. 138-10 un seuil unique, lequel ne serait plus calculé en fonction du taux d'évolution du chiffre d'affaires mais du chiffre d'affaires directement.

Les a) et d) du 1° du A du I mettent fin à la distinction entre les chiffres d'affaires de ville et d'hôpital pour ne prendre en compte qu'un chiffre d'affaires global.

Ce retour à la situation antérieure correspond à un besoin de simplification du dispositif tant pour les industries que pour les organismes de recouvrement. Il a également le mérite de constituer une mesure plus claire de régulation globale de l'ensemble de la dépense en matière de médicaments.

Les b) du 1° du A du I substitue aux taux d'évolution du chiffre d'affaires « Lv » et « Lh » un montant en euros dit « M », net des remises « produits », « ATU » et « post-ATU » prévues aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1.

Il ne s'agit donc plus d'apprécier l'évolution du chiffre d'affaires mais son niveau, facilitant à la fois :

– la détermination par le législateur du seuil de déclenchement du mécanisme de sauvegarde ;

– la prévisibilité pour les industries pharmaceutiques, grâce à un montant en euros, qui permet de se dispenser d'une base de référence ;

– la lisibilité globale du dispositif qui peut être mieux comparé aux objectifs budgétaires poursuivis.

S'agissant des remises intégrées dans l'assiette, il s'agit d'une complète inversion par rapport au droit existant et d'un retour partiel au droit qui était applicable avant 2017 :

– l'inversion par rapport au droit existant procède du nouveau seuil en euros et non en taux d'évolution : le chiffre d'affaires de l'année N-1 n'est plus pris en compte dans le calcul, et par voie de conséquence, les remises dites « exonératoires » de l'article L. 138-13 qui permettaient d'assurer le paiement de la contribution de l'année précédente non plus ;

– du fait du retour partiel au droit antérieur, le chiffre d'affaires « M » pris en compte redevient une assiette nette des remises « produits » comme c'était le cas avant 2017 ; la moindre prévisibilité de la contribution qui en résulterait doit être mise en regard du réalisme de cette assiette qui indique le coût véritable pour l'assurance maladie.

Comme pour les taux « L » puis « Lv » et « Lh », le législateur reste libre de fixer le seuil en fonction de ses objectifs de maîtrise des dépenses de santé.

En cohérence, le **c** du 1° du **A** du **I** supprime toute référence au chiffre d'affaires de l'année passée ainsi qu'aux mécanismes de minoration qui lui étaient applicables (remises exonératoires et contributions « Lv » et « Lh »).

Ce faisant, le droit proposé met fin aux difficultés liées à la base de calcul : la régulation passera par un montant cible plutôt que par un taux d'évolution très dépendant des mécanismes d'abattement sur l'assiette.

Les **a**) et **b**) du 2° du **A** du **I** suppriment toute distinction entre Lv et Lh dans les médicaments pris en compte dans l'assiette, au profit d'une liste unique pour la ville et l'hôpital. Son contenu reste inchangé. Le **c**) du 2° du **A** du **I** renumérote en conséquence cette liste.

## **2. Une simplification de l'assiette**

• Le **d**) du 2° du **A** du **I** supprime à l'article L. 138-10 les deux exemptions liées à la nature des médicaments concernés (maladies orphelines et génériques).

En effet, dans le souci de rendre plus réaliste l'assiette de la contribution, il convient d'intégrer l'ensemble des médicaments pris en charge par l'assurance maladie, sans exception liée à leur catégorie ou à leur intérêt.

Cette évolution devrait également simplifier la déclaration par les entreprises ainsi que le recouvrement par le réseau URSSAF.

Le **3°** du **A** du **I** supprime en conséquence les dispositions des trois derniers alinéas de l'article relatives à l'imputation des remises, devenus inutiles dès lors que seul le chiffre d'affaires de l'année considérée entre dans le calcul.

- Le **B** modifie l'article L. 138-11 relatif à l'assiette du prélèvement.

Les **1°** et **2°** du **B** du **I** tirent à l'article L. 138-11 les conséquences rédactionnelles de la mise en place d'un taux unique.

Le **3°** du **B** du **I** substitue à la référence aux règles d'imputation des remises « exonératoires », devenue inutile, un rappel de la déductibilité des remises « produit ».

Le **4°** du **B** du **I** complète l'article en prévoyant que le CEPS transmet à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui assure le prélèvement, le montant des remises qu'elle a obtenues des industries.

Cette nouvelle obligation est rendue nécessaire par le retour à un calcul sur la base d'une assiette nette.

### **3. Un ajustement en conséquence des modalités de calcul de la contribution**

Le **C** du **I** modifie l'article L. 138-12 qui fixe les taux de prélèvement sous la forme d'un tableau.

Les **d)** et **e)** du **3°** tirent les conséquences de la création du montant « M » à la place d'un taux d'évolution dans la définition des tranches :

Droit existant (taux T par rapport aux taux Lv ou Lh)	Droit proposé (chiffre d'affaires CA par rapport au montant M)	Taux applicable au chiffre d'affaires
T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point	CA supérieur à M et inférieur ou égal à M multiplié par 1,005	50 %
T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	CA supérieur à M multiplié par 1,005 et inférieur ou égal à M multiplié par 1,01	60 %
T supérieur à L + 1 point	CA supérieur à M multiplié par 1,01	70 %

Ces nouvelles tranches devraient produire des changements limités par rapport au droit existant, toutes choses égales par ailleurs. En effet, le droit existant conduisait implicitement à une cible en euros correspondant au chiffre d'affaires de l'année précédente augmenté du taux d'évolution « L ». En prenant la première tranche, dépasser le taux L de 0,5 point revenait donc à atteindre un chiffre d'affaires supérieur de 0,5 % supérieur à cette cible.

Il convient de signaler que le résultat ne sera toutefois pas parfaitement identique, car le taux de dépassement du droit proposé s'applique au chiffre d'affaires de l'année N et non à celui l'année N-1 qui est en principe plus faible.

Le **a)** du 4° supprime le calcul de la contribution de chaque fabricant sur la base de la part qu'il représente dans le taux d'évolution de l'année en cours, sans objet puisque celui-ci n'est plus pris en compte.

La répartition se ferait donc uniquement sur le fondement de la part du chiffre d'affaires de chaque entreprise.

Il convient toutefois de souligner deux mécanismes qui maintiennent un lien responsabilisant entre l'évolution du chiffre d'affaires de chaque laboratoire et le niveau de la contribution répartie :

– la déductibilité des remises permettra de tenir compte des efforts de chaque entreprise ;

– le poids du chiffre d'affaires tiendra compte implicitement de la croissance de celui-ci puisque c'est celui de l'année N qui sera pris en compte, évolution comprise.

Ce changement est par ailleurs de nature à simplifier considérablement le calcul de la contribution par chaque redevable.

Le **b)** du 4° supprime l'exemption applicable aux entreprises créées depuis moins d'un an et qui ne sont issues ni d'une scission, ni d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe. Elle n'a en effet plus lieu d'être dès lors que c'est le chiffre d'affaires de l'année N qui a vocation à être pris en compte.

Les modifications intervenues à l'article L. 138-10 appellent en outre plusieurs modifications formelles : les 1° et 2° tirent les conséquences rédactionnelles de la substitution d'un taux unique aux taux Lv et Lh à cet article ; les **a)** et **b)** du 3° suppriment la mention d'un taux d'accroissement, en cohérence avec la nouvelle assiette retenue ; le **c)** du 3° remplace les mentions des taux « L » par le nouveau seuil unique « M » ; le 5° tire les conséquences rédactionnelles du rétablissement d'une contribution unique.

Les **D** et **E** font de même respectivement aux articles L. 138-13 relatif à l'assiette de la contribution, L. 138-14 relatif à l'hypothèse d'un fabricant qui aurait fait l'objet d'une scission ou d'une fusion et L. 138-15 relatif au versement de la contribution.

Le **F** modifie l'article L. 138-16 en vue d'affecter la contribution à la Caisse nationale d'assurance maladie. Les dispositions qui prévoyaient que les recettes issues du dispositif « Lh » étaient destinées au financement du Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique sont donc supprimées, en cohérence avec les dispositions de l'article 4 du présent projet de loi.

## **B. LES MESURES SPÉCIFIQUES À 2019**

Le **III** prévoit une entrée en vigueur du dispositif au 1<sup>er</sup> janvier 2019, ce qui pose la question du calcul spécifique de « M » pour l'année prochaine.

Le **II** fixe le montant « M » à 1,005 fois l'assiette 2018.

Il prévoit que cette dernière sera calculée à partir du chiffre d'affaires « super-net » 2018 minoré :

- des remises à la fois « exonératoires » et « produits »,
- et des contributions « Lv » et « Lh » pour l'année 2018, augmenté de 0,5 %.

Ce taux a été retenu conformément aux engagements qui avaient été pris lors du conseil stratégique des industries de santé de juillet. Le chiffre d'affaires des industries pourra donc progresser de 0,5 % sans que la clause « M » ne soit déclenchée.

Interrogée sur ce point par le rapporteur général, la direction de la sécurité sociale confirme que cet objectif est cohérent :

- avec les mesures d'économie prévues dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, présentées par l'annexe 7 du présent projet de loi et dans le rapport économique, social et financier annexé en projet de loi de finances ;

- avec une augmentation de 3 % des prix des médicaments innovants, notamment ceux de la « liste en sus ».

\*

\* \*

### *Article 16*

#### **Mesures en faveur des travailleurs indépendants (1/2) : Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants**

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 16 procède à deux modifications relatives au calcul et au recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants.

D'une part, il clarifie les modalités de détermination de « l'assiette nette », base spécifique de calcul des cotisations de ces travailleurs. À la différence des salariés, la somme des taux de cotisations ne frappe pas le revenu d'activité brut, mais un revenu net des cotisations sociales ; pour le dire autrement, les travailleurs indépendants doivent calculer le montant de leurs cotisations sociales, le retirer de leur revenu d'activité, puis appliquer à cette base réduite les taux en vigueur. Cette règle de calcul est favorable, puisque l'assiette est plus faible que celle des salariés, toutes choses égales par ailleurs. Elle est en revanche d'une complexité redoutable, d'autant plus que la loi ne la définit pas clairement. Cet article propose une simple réécriture du droit existant, sans en changer la philosophie ; à terme, la définition d'une assiette brute (« normale ») serait nécessaire, sans aggraver la charge sociale des travailleurs indépendants.

D'autre part, cet article prolonge de six mois, jusqu'au 31 décembre 2019, une expérimentation permettant aux travailleurs indépendants d'acquitter leurs cotisations sur une base mensuelle et non pas annuelle, afin que le montant de leurs prélèvements colle au plus près de la réalité de leurs revenus. Cette expérimentation, décidée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, n'a pas encore commencé en pratique ; il convient donc de donner aux organismes de recouvrement et aux travailleurs indépendants volontaires un temps suffisant pour dresser ensuite un bilan utile.

## **I. MIEUX DÉFINIR « L'ASSIETTE NETTE », BASE DE CALCUL DES COTISATIONS SOCIALES DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS**

### **A. UNE PROBLÉMATIQUE COMPLEXE, À LAQUELLE CET ARTICLE PROPOSE UNE PREMIÈRE RÉPONSE**

#### **1. Le calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants sur une assiette nette desdites cotisations est facteur d'une grande complexité.**

Les cotisations de sécurité sociale des travailleurs salariés sont calculées sur une assiette brute : la somme des taux de cotisations salariales s'applique tout simplement à la rémunération versée par l'employeur.

Les travailleurs indépendants bénéficient d'un régime qui se veut de faveur, dit de « l'assiette nette » : la somme des taux de cotisations applicables frappe leur revenu d'activité, mais diminué du montant desdites cotisations.

Pour prendre l'exemple simple d'un salarié, si le revenu brut est de 1 000 et la somme des taux de cotisations de 20 %, le montant des cotisations est de 200. L'addition des cotisations (200) et du revenu net, réduit des cotisations (soit 800), est bien égale au revenu brut (1000).

S'agissant d'un travailleur indépendant, l'assiette des cotisations n'est en l'espèce pas 1 000, mais 1 000 réduits du montant des cotisations ; celles-ci ne sont par définition pas égales à 200, car elles ne sont pas assises sur le revenu brut mais sur le revenu brut réduit de leur propre montant. L'écrire, c'est déjà ne plus le comprendre... Ce mode de calcul « *circulaire* », pour reprendre l'expression judicieusement employée dans l'exposé des motifs, nécessite de procéder par itérations afin de connaître l'assiette des cotisations ; le taux de cotisations doit *in fine* être appliqué à un revenu qui, une fois ajouté à ce montant de cotisations, est égal au revenu brut. Le tableau suivant illustre ces mots, si toutefois cela est possible. Le rapporteur général souhaite ici remercier la direction de la sécurité sociale, qui l'a aidé à appréhender le droit existant, autant que faire se peut.

**CALCUL DES COTISATIONS À DÉDUIRE DU REVENU BRUT  
POUR OBTENIR L'ASSIETTE NETTE**

Itérations	Calcul des cotisations à déduire	Montant des cotisations à déduire
<b>1</b>	1000 X 0,2	200
<b>2</b>	(1000-200) X 0,2	160
<b>3</b>	(1000-160) X 0,2	168
<b>4</b>	(1000-168) X 0,2	166,4
<b>5</b>	(1000-166,4) X 0,2	166,72
<b>6</b>	(1000-166,72) X 0,2	166,66
<b>7</b>	(1000-166,66) X 0,2	166,66
<b>8</b>	<b>(1000-166,66) X 0,2</b>	<b>166,66*</b>

\* Ce montant est le bon car lorsqu'on le soustrait du revenu brut (1 000), il est égal à 20 % du revenu net (1 000 – 166,66 = 833,34, et 20 % de 833,34 = 166,66).

Source : direction de la sécurité sociale.

Si la logique de l'assiette nette permet donc d'asseoir les cotisations au plus près du revenu d'activité réel, c'est au prix d'une complexité intrinsèque, rendue quasi-insondable par des dispositions législatives byzantines. En effet, comme on le verra en détail plus loin, le mécanisme de l'assiette nette n'est pas clairement défini dans le code de la sécurité sociale, et doit se déduire – laborieusement – d'une lecture croisée des articles L. 131-6 dudit code et 154 *bis* du code général des impôts, lecture dont on peut douter qu'elle fasse la joie des travailleurs indépendants dont – faut-il le rappeler – le calcul de leurs cotisations sociales n'est pas le cœur de métier. Non contente de ne pas définir clairement l'assiette nette, la loi n'en précise pas les modalités de calcul.

Il n'est donc pas étonnant que l'étude d'impact note que le premier défaut du mécanisme de l'assiette nette est d'être mal compris par les travailleurs indépendants, « *ce qui est une source fréquente de questions, de difficultés de compréhension ainsi que d'erreurs dans les opérations de recouvrement* ».

Raffinement (?) supplémentaire : l'assiette de calcul de la contribution sociale généralisée (CSG), qui elle-même commande celle de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), prend pour sa part en compte les cotisations sociales. L'étude d'impact indique que les travailleurs indépendants doivent déclarer le montant des cotisations sociales déduites pour l'établissement de l'assiette nette ; cette opération qui pourrait être faite par les organismes de recouvrement est demandée aux cotisants afin « *d'assurer la concordance exacte entre les cotisations sociales obligatoires effectivement déduites pour établir le revenu d'activité imposable d'une part, et les cotisations sociales réintégréées en vue de calculer la CSG et la CRDS d'autre part* ». L'étude d'impact relève que « *cette sollicitation n'est toutefois pas comprise des assurés* », que nul ne saurait blâmer.

La même source relève deux autres défauts majeurs, à savoir :

– l'impossibilité de comparer la « charge sociale » des travailleurs indépendants avec celle des autres cotisants, puisque les taux ne rendent pas compte de la même réalité financière, compte tenu des différences d'assiette ;

– la régularisation tardive des cotisations de l'année échue, compte tenu de la complexité du calcul et des erreurs qu'elle engendre.

## **2. Le Gouvernement propose d'explicitier les modalités de détermination de l'assiette nette, en évoquant une simplification plus ambitieuse à terme.**

Cet article prévoit de clarifier les modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants, en tentant de définir plus clairement l'assiette nette. L'étude d'impact précise qu' « *il s'agit uniquement de préciser les modalités de réalisation du calcul aujourd'hui laissé dans l'ombre par la loi, mais sans impact sur sa mise en œuvre normale* ».

La lecture de l'étude d'impact laisse le sentiment que la mesure proposée par le Gouvernement installe le droit au milieu du gué. Il est en effet indiqué que « *dans un second temps et à moyen terme, il pourra être envisagé de prévoir que, à niveau de cotisations inchangé, le calcul de l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale soit réalisé sur la base d'une assiette dont le niveau ne dépendrait pas du montant de ces mêmes cotisations* ». Cette idée d'une simplicité lumineuse nécessiterait – sauf à alourdir la charge pesant sur les travailleurs indépendants, ce qui n'est pas envisagé – d'adapter les règles applicables, principalement les taux, de façon à garantir la neutralité financière de l'opération. Il n'est pas interdit de penser que, dans ces conditions, les travailleurs indépendants ne montreraient pas un attachement viscéral à l'assiette nette.

## **B. DÉTAILS DU DISPOSITIF JURIDIQUE**

### **1. Le droit existant**

● L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale définit l'assiette des cotisations de sécurité sociale sur les revenus d'activité des travailleurs indépendants non agricoles.



Le I de l'article L. 131-6 pose le principe d'identité de l'assiette sociale <sup>(1)</sup> et de l'assiette fiscale (pour le calcul de l'impôt sur le revenu – IR) ; ce principe ne s'applique pas aux indépendants bénéficiant du régime « micro-social » <sup>(2)</sup>. Ce principe est en outre assorti de trois types d'exception : d'une part, des éléments déduits de l'assiette fiscale sont réintégrés dans l'assiette sociale ; d'autre part, des éléments sont spécifiquement intégrés dans l'assiette sociale, indépendamment de leur traitement fiscal ; enfin, des éléments inclus dans l'assiette fiscale sont exclus de l'assiette sociale (cf. *infra*).

Les règles d'assiette de l'IR dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC) ou dans celle des bénéficiaires non commerciaux (BNC) sont définies par des dizaines d'articles du code général des impôts. Comme le I de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, qui mentionne simplement « *les revenus d'activité indépendante à retenir pour le calcul de l'impôt sur le revenu* », le présent commentaire ne saurait donc entrer dans le détail de ces règles.

● Il faut en revanche décrire brièvement les éléments exclus de l'assiette de l'IR mais réintégrés dans l'assiette des cotisations sociales, en application du 1° du II de l'article L. 131-6 :

– les exonérations fiscales (*a*) du 1° du II) ;

– les moins-values à long terme prévues à l'article 39 *quindecies* du code général des impôts (*b*) du 1°. Lorsque, au cours d'un exercice, le montant des cessions d'éléments d'actifs détenus depuis plus de deux ans – régime dit du long terme – fait apparaître une moins-value nette (le montant des moins-values dépassant celui des plus-values), ces moins-values sont déductibles des plus-values nettes des exercices ultérieurs, dans la limite de dix ;

– les reports déficitaires (*c*) du 1°. Sous certaines conditions, les déficits enregistrés au cours d'un exercice fiscal peuvent être reportés « en avant », c'est-à-dire venir diminuer le résultat imposable des exercices ultérieurs ;

– la déduction forfaitaire des frais professionnels (10 % du revenu), prévue au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts (*d*) du 1°) ;

– les intérêts d'emprunt assimilés à des frais professionnels réels par le dernier alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts, c'est-à-dire lorsque

---

(1) Pour les cotisations maladie, famille et vieillesse.

(2) Sans entrer dans un détail qui excède le champ de ce commentaire, on peut retenir que le régime micro-social permet aux travailleurs indépendants éligibles à un régime micro d'imposition de leurs bénéfices au titre de l'IR de s'acquitter de leurs cotisations sociales par application d'un taux global à une assiette forfaitaire. L'éligibilité aux régimes micro-fiscaux est conditionnée au fait que les revenus ne dépassent pas certains plafonds, variables selon la nature des bénéfices soumis à l'impôt sur le revenu (industriels et commerciaux, ou non commerciaux). Le régime micro-social est actuellement régi par l'article L. 133-6-8, mais celui-ci sera renuméroté en L. 613-7 en application du 3° du I de l'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants (non encore ratifiée par le Parlement).

l'emprunt est contracté pour acquérir des parts d'une société dans laquelle le contribuable exerce son activité professionnelle (e) du 1°) ;

– les cotisations aux régimes de retraite complémentaire facultatifs mentionnés au second alinéa du I de l'article 154 *bis* du code général des impôts (f) du 1°).

• Les 2° à 4° du II de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale font en outre entrer dans l'assiette des cotisations sociales :

– les revenus tirés de la location d'un établissement professionnel, lorsque le travailleur indépendant cotisant exerce lui-même une activité professionnelle dans cet établissement (2° du II) ;

– la part de dividendes perçus par le travailleur indépendant exerçant son activité dans une société soumise à l'impôt sur les sociétés (IS), son conjoint ou leurs enfants mineurs, excédant 10 % du capital social, des primes d'émission ou des sommes versées en compte courant (3° du II) <sup>(1)</sup> ;

– pour les entrepreneurs individuels à responsabilité limitée (EIRL) <sup>(2)</sup>, assujettis à l'IS, la part des dividendes perçus lorsqu'elle excède 10 % du patrimoine affecté par le travailleur indépendant à l'EIRL, ou, si ce montant est supérieur, la part des revenus excédant 10 % du bénéfice net (4° du II).

• Le III de l'article L. 136-1 exclut de l'assiette des cotisations sociales :

– au 1°, les plus-values professionnelles à long terme, qu'elles proviennent des éléments d'actifs mentionnés à l'article 39 *quindecies* du code général des impôts précité ou des cessions de titres de participation, soumises à un régime fiscal spécifique prévu par le a) *quinquies* du I de l'article 219 du même code <sup>(3)</sup> ;

– au 2°, la majoration de 25 % du bénéfice, appliquée lorsque le travailleur indépendant n'adhère pas à une association de gestion agréée (majoration prévue au 7 de l'article 158 du code général des impôts) <sup>(4)</sup>.

• L'exclusion des cotisations de l'assiette des cotisations n'est donc pas expressément prévue par l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale. Elle l'est en revanche par le I de l'article 154 *bis* du code général des impôts, qui dispose que « *pour la détermination des bénéfices industriels et commerciaux et des bénéfices des professions non commerciales, sont admises en déduction du*

---

(1) Il s'agit là d'un mécanisme « anti-abus » destiné à limiter la possibilité de se rémunérer autrement que par des revenus soumis aux cotisations sociales.

(2) Ce statut, prévu par la section 2 du chapitre VI du titre II du livre V du code de commerce, permet aux travailleurs indépendants de protéger la partie de leur patrimoine personnel affectée à l'exploitation de l'entreprise, en cas de difficulté. Il s'agit là aussi d'une forme de mécanisme anti-abus.

(3) Et non au a) du I de l'article 219 *quinquies*, comme il est écrit par erreur dans la version actuelle comme dans la version proposée du texte.

(4) Cette majoration de base a pour objet d'inciter les travailleurs indépendants à recourir à des professionnels du chiffre pour l'établissement de leurs comptes, afin de limiter les risques de fraude.

*bénéfice imposable les cotisations à des régimes obligatoires, de base ou complémentaires, d'allocations familiales, d'assurance vieillesse, [...] invalidité, décès, maladie et maternité* ». En renvoyant de manière générale aux « *revenus d'activité indépendante à retenir pour le calcul de l'impôt sur le revenu* », et sans prévoir de manière expresse leur réintégration à l'assiette des cotisations sociales, l'article L. 131-6 les exclut, en conséquence. À la lecture de la description de ce mécanisme de déduction « en poupées russes », on ne peut que partager le constat de l'étude d'impact selon lequel « *aucune règle n'a été définie de manière claire afin de déterminer les conditions de réalisation [du] calcul de l'assiette* ».

## 2. Le droit proposé

### a. Une réécriture de l'article L. 136-1

Le I du présent article modifie la rédaction de l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale pour en faciliter la compréhension.

● Le 1° du I modifie le I de l'article L. 136-1, pour poser clairement le principe selon lequel les cotisations de sécurité sociale des travailleurs indépendants – hors micro-social, toujours – sont « *assises sur une assiette nette* », définie en quelque sorte en trois temps :

– par principe, l'assiette est la même que celle des revenus d'activité indépendante retenus pour le calcul de l'IR ;

– sous réserve des dispositions des II à IV, tels que modifiés par le présent article (cf. détails *infra*), et qui prévoient respectivement :

- la prise en compte dans l'assiette sociale des sommes déduites pour l'établissement de l'assiette fiscale (sur la base de l'actuel 1° du II) ;
- l'intégration d'éléments supplémentaires (sur la base des actuels 2° à 4° du II) ;
- l'exclusion des éléments actuellement exclus par le III ;

– cette assiette étant diminuée du montant de cotisations calculé dans les conditions prévues par le V nouveau (cf. *infra*).

● Le 2° du I du présent article transforme l'actuel 1° du II de l'article L. 136-1 en un II, les actuels a) à f) devenant des 1° à 6°. Outre une rédaction plus claire du « chapeau » du II nouveau, appelant elle-même des modifications formelles, on relève une seule modification plus substantielle : le 6° nouveau réintègre à l'assiette sociale l'ensemble des cotisations sociales mentionnées au I de l'article 154 *bis* du code général des impôts, et plus seulement les cotisations de retraite complémentaire facultative.

● Les 3° à 6° du I sont purement formels, transformant sans aucune modification de fond :

- les actuels 2° à 4° du II en 1° à 3° d'un III nouveau ;
- l'actuel III en IV nouveau.

● Le 7° du I complète l'article L. 136-1 par un V nouveau, qui prévoit en son premier alinéa le mode de calcul du montant de cotisations à déduire de l'assiette nette, en des termes reproduits ici tels quels : « *Le montant de cotisations mentionné au I est égal au produit du montant des revenus établi en application des II à IV et de la somme des taux de cotisations en vigueur l'année au titre de laquelle les cotisations sont dues, applicables pour l'assiette nette mentionnée au I, rapportée à cette même somme de taux de cotisations augmentée de un* ».

La direction de la sécurité sociale a utilement précisé au rapporteur général la formule de calcul :

Montant de cotisations à déduire = (somme des taux de cotisations X revenu brut) / (1 + taux) <sup>(1)</sup>

Le second alinéa du V prévoit que les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS, s'agissant de l'outre-mer) communiquent aux travailleurs indépendants non agricoles <sup>(2)</sup>, en vue de l'établissement de leurs comptes, le montant de cotisations à déduire en application du premier alinéa. Cette communication se fera « à l'issue » de la déclaration par ces travailleurs des différents revenus inclus dans l'assiette (listés aux II et III). Il est en outre prévu que les URSSAF et CGSS mettent en place un téléservice permettant de procéder à tout moment à ce calcul, ce qui constitue sans doute sur le plan pratique la principale avancée permise par cet article.

#### ***b. Une modification de conséquence s'agissant du calcul de la CSG***

L'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale prévoit que la CSG due par les travailleurs indépendants non agricoles frappe la même assiette que celle des cotisations sociales de ces travailleurs, augmentée de leurs cotisations sociales.

Par coordination avec les modifications apportées par le I à l'article L. 131-6, le II du présent article modifie la rédaction de l'article L. 136-3, pour viser l'assiette des cotisations telle que définie par les II à IV nouveaux de

---

(1) Soit, dans l'exemple précité :  $(0,2 \times 1\,000) / (1 + 0,2) = 166,66$ .

(2) Définis, ici seulement, par référence aux articles 38 et 93 A du code général des impôts, relatifs respectivement à la détermination des bénéficiaires industriels et commerciaux et des bénéficiaires non commerciaux.

l'article L. 131-6, ce qui permet de supprimer la mention expresse de l'intégration des cotisations dans l'assiette de la CSG.

## **II. PROLONGER DE SIX MOIS L'EXPÉRIMENTATION PERMETTANT AUX TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS D'ACQUITTER LEURS COTISATIONS SOCIALES SUR UNE BASE MENSUELLE**

• Le programme du Gouvernement en faveur des travailleurs indépendants, détaillé le 5 septembre 2017 par le Premier ministre, contient plusieurs mesures destinées à améliorer et à simplifier la qualité de service en faveur de ce public, en particulier la possibilité de moduler leurs acomptes de cotisations « en temps réel ».

En effet, contrairement aux salariés, il existe pour les travailleurs indépendants un décalage temporel entre leur activité et les prélèvements de cotisations sur le revenu qu'elle génère. Cela est lié au statut même du travailleur indépendant qui, contrairement au salarié dont les revenus sont communiqués chaque mois par l'entreprise, ne fait qu'une seule déclaration sociale par an, comme le prévoit l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale<sup>(1)</sup>. Ce décalage, source d'incompréhensions, peut devenir problématique en cas de fortes fluctuations de revenu.

• C'est pourquoi le XVII de l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018<sup>(2)</sup> prévoit une dérogation expérimentale à l'article L. 131-6-2 : jusqu'au 30 juin 2019, les URSSAF peuvent proposer aux travailleurs indépendants volontaires d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle, établie à partir des informations communiquées par eux, en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels. Cela doit permettre aux travailleurs indépendants de payer davantage de cotisations et contributions sociales les mois de forte activité et d'en payer moins lors des périodes creuses, une régularisation annuelle du montant à acquitter intervenant ensuite, une fois leur compte définitif établi.

À l'issue de l'expérimentation, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) devra proposer au Gouvernement « *les pistes d'amélioration de son offre de services en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants* ». Puis le Gouvernement devra remettre au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation, comportant des propositions en matière de simplification du

---

(1) *Qui de surcroît prévoit qu'en principe les cotisations sont établies sur la base des revenus de l'avant-dernière année, jusqu'à ce que les revenus de la dernière année soient définitivement connus ; c'est seulement par dérogation à ce principe que les cotisations peuvent être basées sur les revenus de l'année en cours.*

(2) *Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017. C'est cet article qui a supprimé le Régime social des indépendants (RSI), conformément à l'engagement de campagne du Président de la République.*

calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

Le décret n° 2018-533 du 27 juin 2018 relatif à la mise en œuvre de cette expérimentation ouvre la possibilité pour les travailleurs indépendants de déclarer leur activité sur une base mensuelle<sup>(1)</sup> et d'effectuer un télépaiement du montant de leurs cotisations sociales provisionnelles calculées sur cette base. Cette possibilité sera ouverte sur le compte en ligne du travailleur indépendant disponible sur le portail <https://www.secu-independants.fr>, par le biais d'un téléservice, dont l'étude d'impact du présent article indique qu'il sera disponible à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 seulement. La même source indique au passage que l'expérimentation se fera dans seulement deux régions, ce qui n'avait pas été anticipé jusqu'alors.

● On déduit de la lecture de l'étude d'impact que l'expérimentation n'a pas encore commencé. Il serait donc peu probant de la faire se dérouler sur six mois seulement. Au surplus, l'échéance de l'expérimentation en juin prochain « *obligerait les travailleurs indépendants volontaires à effectuer en cours d'année un paiement de leurs cotisations sociales provisionnelles sur la base d'un échéancier transmis par les URSSAF* ».

Afin de permettre à l'expérimentation de se dérouler dans de bonnes conditions, le **III** du présent article la prolonge jusqu'au 31 décembre 2019.

\*  
\* \*

### Article 17

#### **Modulation des sanctions applicables en cas de travail dissimulé**

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 17 modifie le régime des sanctions applicables en cas de travail dissimulé afin de permettre une meilleure adéquation entre leur *quantum*, la taille de l'entreprise et la gravité du manquement commis.

#### **1. Sanction du travail dissimulé : un arsenal important et parfois disproportionné**

● Le travail dissimulé est une forme délictuelle de travail illégal consistant à éluder soit une activité économique (salariée ou indépendante), soit un emploi salarié au sens du code du travail (le travail n'est pas traité comme du salariat alors qu'il devrait l'être). Il a pour effet, et parfois pour objet, de soustraire l'employeur à ses obligations d'acquittement des cotisations ou des contributions attachées à ces revenus non déclarés.

---

(1) Mais non trimestrielle.

### Les formes de travail illégal

L'article L. 8211-1 du code du travail définit les différentes formes de travail illégal. Outre le travail dissimulé, on compte donc :

- le marchandage qui consiste à fournir de la main d'œuvre contre rémunération sans que les travailleurs concernés bénéficient des protections auxquelles ils ont droit en tant que salarié (article L. 8231-1 du code du travail) ;
- le prêt illicite de main d'œuvre qui revient à prêter un ou plusieurs salariés d'une entreprise à une autre, contre rémunération <sup>(1)</sup> (article L. 8241-2 du code du travail) ;
- l'emploi de salariés étrangers sans titre de travail (articles L. 8251-1 et L. 8251-2 du code du travail) ;
- le cumul irrégulier d'emploi au-delà de la durée maximale du travail (article L. 8261-1 du code du travail) ;
- le bénéfice illégal des dispositions de maintien et sauvegarde dans l'emploi ou de l'indemnisation indue pour les travailleurs involontairement privés d'emplois (articles L. 5124-1 et L. 5429-1 du code du travail).

Les articles L. 8221-3 et L. 8221-4 du code du travail précisent les conditions dans lesquelles la dissimulation d'activité est constituée (omission de déclaration, faux travail détaché, présomptions d'activités lucratives), et les articles L. 8221-5 à L. 8221-6-1 font de même pour la dissimulation d'emploi salarié (omission des formalités préalables à l'embauche, non-délivrance du bulletin de paye, sous-déclaration des revenus, présomptions de travail indépendant liées au statut juridique).

Le Haut conseil du financement de la protection sociale a effectué dans son dernier rapport <sup>(2)</sup> une synthèse des travaux d'évaluation économique sur cette thématique : les résultats convergeraient autour d'un ordre de grandeur de 2 à 3 % de la masse salariale éludés. L'enjeu financier s'ajoutant à ceux de bonne exécution de la loi, de lutte contre la concurrence déloyale et de la protection des droits des travailleurs, le législateur a procédé progressivement à un durcissement de l'arsenal législatif applicable au travail dissimulé.

● Outre des sanctions pénales prévues à l'article L. 8224-1 et suivants du code du travail, le travail dissimulé peut faire l'objet d'une large palette de sanctions administratives.

Certaines permettent d'assurer l'acquittement par l'entreprise de ses obligations malgré les manœuvres de dissimulation :

---

(1) Le législateur a prévu quelques formes de prêt lucratif de main d'œuvre autorisés : il s'agit du travail temporaire, du portage salarial, de l'entreprise de travail à temps partagé et des agences de mannequins.

(2) HCFiPs, État des lieux et enjeux de la réforme de la protection sociale, mai 2017, p. 158, disponible ici : [http://www.securitesociale.fr/IMG/pdf/rapport\\_hcfips\\_etat\\_des\\_lieux\\_et\\_enjeux\\_de\\_reforme\\_pour\\_le\\_financement\\_de\\_la\\_protection\\_sociale.pdf](http://www.securitesociale.fr/IMG/pdf/rapport_hcfips_etat_des_lieux_et_enjeux_de_reforme_pour_le_financement_de_la_protection_sociale.pdf)

– la taxation forfaitaire permet de redresser la base du salaire lorsque le contrôle ne permet pas d'établir le montant exact des rémunérations ou revenus dissimulés ; l'agent de contrôle établit alors l'assiette par tout moyen d'estimation probant et la durée de l'emploi est reconstituée à partir des déclarations des intéressés (article R. 242-5 du code de la sécurité sociale) ;

– le redressement forfaitaire permet à l'agent de contrôle d'établir une base de recouvrement en l'absence totale d'indication sur la rémunération ou la durée de l'emploi ; il est fixé par défaut à 25 % du plafond annuel de la sécurité sociale, 12,5 % pour un particulier-employeur et 30 % pour un travail indépendant (article L. 242-1-2 du même code) ;

– l'indemnité forfaitaire versée par l'entreprise à son salarié lorsque la rupture du contrat de travail résulte de la verbalisation pour travail dissimulé (article L. 8223-1 du code du travail).

D'autres pénalités, plus massives, tendent à neutraliser complètement le bénéfice des dispositifs favorables du droit de la sécurité sociale en cas de travail illégal :

– l'annulation des exonérations et réductions du donneur d'ordre qui manque à son obligation de vigilance vis-à-vis de son co-contractant convaincu de travail dissimulé sur la période de l'infraction (article L. 133-4-5 du code de la sécurité sociale).

– la non-application des exonérations et réductions sur les rémunérations faisant l'objet d'un redressement (premier alinéa de l'article L. 133-4-2 du même code) ;

– l'annulation des exonérations et réductions dont a bénéficié l'employeur pendant la période de l'infraction, dans la limite de cinq ans <sup>(1)</sup> (deuxième alinéa du même article) ;

– une majoration spécifique du redressement en cas de transmission du procès-verbal au procureur de la République à hauteur de 40 % lorsque la dissimulation concerne plusieurs salariés, un mineur sous obligation scolaire, une personne vulnérable ou dépendante ou lorsque la dissimulation est commise en bande organisée ; elle est fixée à 25 % dans toutes les autres hypothèses de travail dissimulé (article L. 243-7-7 du même code).

• Ces derniers dispositifs, parfois renforcés par le législateur (déplafonnement de l'annulation depuis 2011 <sup>(2)</sup>, création d'un second palier de majoration par la LFSS pour 2015 <sup>(3)</sup>, élargissement des cas de travail illégal visés

---

(1) Cette période correspond au délai de prescription du délit de travail dissimulé.

(2) Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011

(3) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015. Avant 2015, la majoration était de 25 % dans tous les cas.



en 2017 <sup>(1)</sup>), peuvent conduire au recouvrement de sommes considérables à la fois au regard des sommes éludées et de la taille des entreprises.

Ainsi, une erreur sur la qualification d'un salarié rémunéré au-dessus du SMIC peut théoriquement entraîner l'inapplication et l'annulation de l'ensemble des allègements de prélèvements sociaux dont a pu bénéficier l'entreprise. Compte tenu de ces effets, de telles sanctions placent l'agent de contrôle dans une alternative insatisfaisante : prononcer la sanction et prendre le risque d'entraîner d'importantes difficultés financières, voire la faillite de l'entreprise, ou ne pas la prononcer en renonçant à inscrire l'infraction dans son procès-verbal, laissant ainsi la loi inappliquée.

Le caractère disproportionné de ces sanctions peut en outre conduire à des difficultés de recouvrement auprès des entreprises.

Le seul cas dans lequel le droit positif se révèle moins rigide réside dans l'hypothèse où la somme éludée serait inférieure au SMIC : l'annulation est alors multipliée par le rapport entre la rémunération due au titre du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale (3<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 133-4-2). Outre le caractère très restreint du champ de cette modulation, l'étude d'impact relève qu'elle pose d'importantes difficultés au plan technique lorsque le redressement est réalisé sur une base forfaitaire annuelle, difficile à rapporter au niveau du SMIC <sup>(2)</sup>.

De même, le caractère automatique des majorations de l'article L. 243-7-7 n'incite pas le cotisant à s'acquitter des sommes qu'il doit spontanément et rapidement, entraînant de longues et incertaines procédures de recouvrement. Or, il convient de rappeler que le recouvrement des cotisations en matière de travail illégal demeure difficile, comme en témoigne ce chiffre issu de l'étude d'impact : seules 10,7 % des créances liées au redressement pour travail dissimulé étaient effectivement récupérées en 2014 <sup>(3)</sup>, par manque de moyens réels ou organisés <sup>(4)</sup>.

● La sévérité de ces dispositifs contraste avec la mise en place de mécanismes modulaires dans deux dispositifs de sanctions bien précis :

– en matière de protection sociale complémentaire obligatoire, la LFSS pour 2016 a prévu que le redressement ne portait que sur les « *sommes faisant défaut* » pour assurer la couverture obligatoire de tous les salariés, à raison d'1,5 fois ces sommes lorsqu'il s'agit d'une simple omission de justificatifs et de trois fois ce montant lorsqu'il s'agit d'une méconnaissance des règles de fond ; ce

---

(1) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017

(2) Interrogée sur ce point par le rapporteur général, la direction de la sécurité sociale a fait savoir que la pratique la plus courante consistait à appliquer l'annulation aux cotisations qui auraient été dues sur cette base forfaitaire, rendant la sanction potentiellement toujours très lourde, malgré la modulation.

(3) Ce chiffre est issu d'un bilan en 2016 des contrôles engagés en 2014 (chaque contrôle pouvant durer jusqu'à deux ans).

(4) Certaines entreprises parviennent à échapper au recouvrement en organisant leur insolvabilité ou en supprimant leur structure pour en créer une autre.

mécanisme n'est pas applicable lorsque « *le redressement révèle une méconnaissance d'une particulière gravité* » (article L. 133-4-8 du code de la sécurité sociale) ;

– en matière de négociations obligatoires dans l'entreprise sur les salaires effectifs, cette même LFSS pour 2016 a prévu la mise en place d'une pénalité modulaire fixée par la DIRECCTE dans la limite d'un plafond de 10 % des allègements dont l'employeur bénéficie pour l'année où le manquement est constaté (100 % des allègements sur un délai de trois ans maximum en cas de nouveau manquement dans un délai de six ans) (article L. 2242-5-1 du code du travail).

## **2. L'article 17 rend les sanctions applicables en matière de travail dissimulé plus modulaire**

### ***a. La modulation des annulations d'allègements de cotisations ou de contributions sociales***

Le 1° du I réécrit entièrement l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale.

● Le champ des allègements susceptibles d'être supprimés en cas de travail dissimulé est précisé, notamment à la suite des mesures élargissant le champ des allègements aux cotisations d'assurance chômage et de retraites complémentaires <sup>(1)</sup> : il peut ainsi s'agir dans le droit proposé des « *cotisations de base ou complémentaires de sécurité sociale ou de contributions sociales* », formule qui se substitue aux « *cotisations ou contributions dues aux organismes de sécurité sociale* », trop restrictive par rapport au nouveau périmètre des allègements. La précision superfétatoire sur les personnes assujetties – employeur ou travailleur indépendant <sup>(2)</sup> – est également supprimée.

● L'équilibre du dispositif de sanction est profondément revu :

– le champ d'application est précisé par un renvoi à l'ensemble des infractions constitutives de travail illégal ; le dispositif prolonge donc la modification apportée en 2017 qui avait élargi les hypothèses de travail illégal visées au prêt illicite de main d'œuvre, au marchandage et au travail d'un étrangers sans titre ;

– le principe de l'annulation totale des allègements en cas de travail illégal est maintenu ;

– la distinction entre montants éludés mensuels inférieurs et supérieurs au SMIC qui pouvait justifier une annulation partielle est supprimée ;

---

(1) Depuis la LFSS pour 2018, les allègements ne concernent en effet plus seulement les cotisations de sécurité sociale mais aussi les cotisations conventionnelles de l'Unédic et de l'AGIRC-ARRCO.

(2) Il n'existe en effet pas d'autres cotisants que ces deux catégories, entendues au sens large. L'absence de définition limitative est donc plutôt de nature à lever toute ambiguïté, sans modifier le droit applicable.

– une nouvelle dérogation est créée et suppose la réunion de deux conditions ; il ne doit pas s’agir d’une infraction aux interdictions de travail les plus graves (mineur soumis à l’obligation scolaire, personne vulnérable ou dépendante) ; il doit s’agir d’une dissimulation d’activité relevant soit de la dissimulation d’emploi salarié en travail indépendant, soit d’une autre catégorie tout en représentant une « *proportion limitée de l’activité* », la définition de celle-ci étant renvoyée à un décret en Conseil d’État dans la limite de 10 % de l’ « *activité totale* ».

Outre que cette référence à l’ « *activité totale* » méritera d’être précisée par voie réglementaire, le rapporteur général souligne la nécessité d’encadrer également l’hypothèse dans laquelle il s’agirait d’une requalification de travailleur indépendant. Le flou qui entoure les frontières entre salariat et non salariat ne saurait masquer le fait que leur franchissement est parfois délibérément frauduleux. Le conditionnement de cette modulation à la régularité de la situation du faux travailleur indépendant par rapport aux obligations sociales auxquelles il se croyait soumis pourrait par exemple constituer une limite utile.

Dans cette nouvelle dérogation, l’annulation partielle porte sur la proportion des allègements concernés correspondant au rapport entre le double des rémunérations éludées et le montant des rémunérations versées à l’ensemble du personnel.

La sanction voit donc son montant strictement fixé par le législateur qui ne laisse pas de marge d’interprétation à l’agent de contrôle et son montant demeure plus que proportionnel au montant de la fraude par rapport à l’ensemble de la masse salariale. Elle est toujours cumulable avec les autres majorations et les poursuites pénales.

En pratique, la mesure aurait donc vocation à ne toucher que les entreprises pour lesquelles l’activité dissimulée demeure très limitée en nombres de personnes ou en heures de travail concernés (heures supplémentaires mal ou non déclarées) et non une composante de son modèle économique. La sanction encourue se trouvera d’autant plus diminuée que l’entreprise est importante, toutes choses égales par ailleurs <sup>(1)</sup>.

#### ***b. La modulation des majorations pour tenir compte de la bonne foi***

• Le 2° du I complète l’article L. 243-7-7 en permettant une réduction de dix points <sup>(2)</sup> des majorations de redressement applicables à l’employeur contrôlé pour travail dissimulé dans deux hypothèses :

---

(1) L’étude d’impact fait ainsi état pour un même exemple de 5 500 euros d’heures supplémentaires éludées au cours d’une année d’un gain de quasiment 25 000 euros pour une entreprise versant 400 000 euros de rémunération à 20 salariés payés un peu au-dessus du SMIC et de plus d’1 million d’euros pour une grande entreprise versant 15,1 millions d’euros de masse salariale.

(2) Soit 15 % pour la majoration à 25 % et 30 % pour la majoration à 40 %.

– si celui-ci règle intégralement les cotisations, pénalités et majorations de retard notifiées par l’agent de contrôle dans un délai de trente jours ;

– si celui-ci présente un plan d’échelonnement du paiement accepté par le directeur de l’organisme de recouvrement.

La décision de procéder à la réduction relève du directeur de l’organisme, qui peut y recourir à condition d’avoir pu constater le paiement intégral des sommes dues.

Elle ne peut avoir lieu en cas de réitération du constat de travail dissimulé dans un délai de 5 ans à compter de la première constatation <sup>(1)</sup>. Au contraire, la majoration peut alors être portée à 45 % lorsqu’elle était initialement de 25 % et à 60 % lorsqu’elle était initialement de 40 %. La réitération peut s’entendre d’un second constat au sein de la même entreprise, ou d’un second constat auprès du même gérant dans une structure différente.

Ce dispositif reprend l’esprit du « droit à l’erreur » mis en œuvre par la loi pour un État au service d’une société de confiance <sup>(2)</sup> : il dissocie en effet clairement une première infraction, souvent involontaire, et la réitération qui témoigne d’une mauvaise foi dans l’application de la législation. Il prolonge également le décret du 9 mars 2018 <sup>(3)</sup> qui a déjà mis en œuvre le principe selon lequel les majorations de retard sont d’autant plus faibles que l’employeur s’est acquitté rapidement des sommes dues : ainsi, l’article R. 243-18 du code de la sécurité sociale dans sa nouvelle rédaction prévoit une majoration complémentaire de 0,1 % au lieu de 0,2 % lorsque les cotisations et contributions redressées à la suite d’un contrôle sont payées moins de 30 jours après la mise en demeure.

Il convient de souligner que contrairement au principe retenu dans l’article 2 du projet de loi <sup>(4)</sup>, l’infraction constatée n’échappe pas complètement à la sanction : celle-ci est seulement modulée en fonction de la volonté de l’employeur de se conformer rapidement au droit applicable.

● Outre l’incitation renforcée à ne pas « récidiver », une telle modulation a également l’avantage d’encourager au paiement rapide des sommes dues, limitant ainsi les difficultés liées au recouvrement de celles-ci. L’étude d’impact souligne que cette possibilité de voir ses majorations réduites sera indiquée sur les lettres d’observations afin qu’il soit en mesure d’ajuster son comportement en conséquence.

---

(1) L’étude d’impact souligne que cette réitération sera identifiée grâce à la déclaration sociale nominative.

(2) Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d’une société de confiance.

(3) Décret n° 2018-174 du 9 mars 2018 relatif à la mise en œuvre de la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants prévue par l’article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(4) Pour rappel, la loi a créé un article L. 123-1 dans le code des relations entre le public et l’administration qui prévoit qu’une personne ayant méconnu une règle applicable à sa situation ne peut être sanctionnée si elle a régularisé sa situation après avoir été invitée à le faire par l’administration.

Ceci explique probablement que l'étude d'impact indique un effet globalement positif de l'article sur les recettes de la sécurité sociale, malgré la diminution des allègements annulables (+ 15 millions d'euros en 2019, + 20 millions d'euros en 2020 et + 25 millions d'euros en 2021).

Pour rappel, en 2017, les annulations d'allègements représentaient 27,4 millions d'euros et les majorations 116,3 millions d'euros. Un effet positif sur ces dernières grâce à un meilleur recouvrement et à une hausse des *quanta* en cas de réitération devrait donc facilement surcompenser la baisse des annulations prononcées dans des cas bien déterminés. En outre, cette baisse sera d'autant plus modérée que la remise en cause des allègements, une fois rendue modulaire, sera appliquée avec moins de réticence et à davantage de cas.

### *c. L'entrée en vigueur du droit proposé*

Le II prévoit une application de l'ensemble de ces dispositions aux opérations de contrôle engagées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, à l'exception des dispositions plus favorables (annulation partielle et réduction des majorations de retard prévues). Ces dernières sont applicables aux procédures de contrôle ou contentieuses en cours, dès lors que celles-ci n'ont pas fait l'objet d'une décision juridictionnelle définitive. Le législateur applique donc les sanctions ainsi allégées conformément au principe constitutionnel de la rétroactivité *in mitius* <sup>(1)</sup>.

\*

\* \*

---

(1) Conseil constitutionnel, QPC, 30 juillet 2010, M. Daniel W. et autres

*Article 18*

**Mesure d'efficience de la gestion financière des organismes de sécurité sociale**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 18 comporte une série de mesures destinées à moderniser la gestion financière des organismes de sécurité sociale. Ces mesures s'inscrivent dans deux logiques complémentaires : l'amélioration du contrôle interne au sein des organismes de sécurité sociale et le renforcement des compétences de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) en matière de gestion de trésorerie.

Cet article tire également les conséquences de la suppression du Régime social des indépendants en organisant le transfert des créances et des dettes des régimes complémentaires invalidité-décès et vieillesse des travailleurs indépendants vers le Conseil de la protection des travailleurs indépendants au 1<sup>er</sup> janvier 2019, date de création de l'organisme.

**I. FACILITER LE FINANCEMENT DES BESOINS EN TRÉSORERIE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE ET D'ORGANISMES TIERS**

**A. UNE EXPERTISE CROISSANTE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES BESOINS DE TRÉSORERIE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE**

Les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS) n'ont pas vocation à s'endetter, et n'en ont d'ailleurs pas le droit ; ils peuvent néanmoins être confrontés à des besoins de financement infra-annuels, correspondant traditionnellement à des décalages calendaires entre l'encaissement des recettes et les décaissements des prestations versées aux usagers.

Ces besoins de financement dits « frictionnels » peuvent être couverts par un recours à des ressources non-permanentes, à savoir des avances ou des emprunts sur une durée inférieure à un an.

À ce jour, la liste des régimes autorisés à recourir à l'emprunt ou à des avances de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est déterminée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), dans la limite d'un plafond, en application des dispositions organiques.

L'ACOSS assure trois grandes missions : le pilotage du réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), l'analyse des évolutions de l'emploi et de la masse salariale (études et travaux statistiques) et le financement du régime général de sécurité sociale (réception des versements des tiers et recherche de liquidités sur les marchés pour couvrir les besoins en trésorerie).

C'est dans le cadre de cette dernière mission que l'ACOSS est devenue le prêteur de référence de la plupart des régimes de sécurité sociale, notamment du fait qu'elle emprunte sur les marchés financiers à des taux d'intérêt négatifs depuis 2015 ; ainsi, l'écart observé entre les taux proposés par les banques afin de financer la trésorerie du régime général et les taux de financement de l'ACOSS avoisine les 80 points de base en moyenne depuis cette date. Le recours à l'ACOSS a par conséquent permis de réduire de manière significative les charges financières des différents régimes.

Progressivement, l'expertise acquise par l'ACOSS pour financer le régime général a bénéficié à un nombre croissant d'acteurs de la sécurité sociale. À partir de 2015, l'ACOSS a pris en charge la trésorerie des régimes de base du Régime social des indépendants (RSI), de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) et de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM).

## **B. PERMETTRE À L'ENSEMBLE DES ROBSS D'EMPRUNTER AUPRÈS DE L'ACOSS POUR FINANCER LEURS BESOINS DE TRÉSORERIE**

- L'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale autorise l'ACOSS à consentir des prêts et avances :

- d'une durée inférieure à douze mois, au régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et au régime d'assurance vieillesse du régime spécial de sécurité sociale dans les mines ;

- d'une durée inférieure à un mois, aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article L.O 111-4 (fonds et organismes dans le champ des lois de financement).

- Les prêts ou avances de l'ACOSS étaient jusqu'alors consentis contre rémunération et « à titre *exceptionnel* » pour la plupart des ROBSS autres que le régime général, (article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale). Le *c*) du 8° du I du présent article supprime les conditions particulières dans lesquelles l'ACOSS exerce sa mission de prêteur auprès de ces régimes (« à titre *exceptionnel* » et « dans la limite des flux prévisionnels de l'année entre l'ACOSS et le régime concerné »). Ces mentions ne revêtaient aucun effet de droit substantiel.

- Le *d*) du 8° du I modifié par ailleurs l'article L. 225-1-4 pour autoriser l'ACOSS à consentir à des avances d'une durée inférieure à un mois aux organismes dont elle centralise les recettes ou pour le compte desquels elle assure le recouvrement de tout ou partie des cotisations ou contributions. En pratique, l'ACOSS pourrait, dans des conditions à établir avec les caisses concernées, s'acquitter de la prise en charge des besoins de trésorerie de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRPSNCF) et de la Caisse nationale de

retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). Cette mesure permet à l'ACOSS de financer les besoins de trésorerie de l'ensemble des ROBSS.

### **C. PERMETTRE À L'ACOSS D'ACCORDER DES AVANCES DE TRÉSORERIE À DES ORGANISMES TIERS À LA SÉCURITÉ SOCIALE, POUR LESQUELS ELLE EFFECTUE DÉJÀ DES MISSIONS DE RECouvreMENT**

L'ACOSS assure des missions de recouvrement au bénéfice d'organismes ne relevant pas de la sécurité sociale *stricto sensu*, à commencer par l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC), association gestionnaire de l'assurance chômage.

Or, la délégation de recouvrement peut avoir pour effet de créer un décalage de trésorerie pour l'organisme déléguant, par exemple dans l'éventualité où l'ACOSS recouvre plus tard que ne le ferait l'organisme s'il recouvrait lui-même ses recettes.

Le *d*) du 8° du I prévoit donc la possibilité pour l'ACOSS d'accorder des avances de trésorerie à ces organismes. Cette disposition, comparable à une avance sur recettes, pourrait permettre de couvrir les besoins ponctuels des organismes concernés. La liste des organismes concernés est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Ainsi que le note l'étude d'impact, « *la mesure doit toutefois être accompagnée de plusieurs garanties, afin que cette offre ne puisse être conçue comme une aide de trésorerie subsidiaire, et qu'elle ne puisse engendrer le portage de déficits extérieurs à la sécurité sociale par l'ACOSS* ». Un certain nombre de dispositions seront prévues à cette fin. D'abord, ces financements seront intégrés au plafond global de financement des besoins de trésorerie par l'ACOSS, fixé chaque année en LFSS. Ensuite, la mesure ne pourra couvrir que des situations dans lesquelles l'exercice de recouvrement conduit *in fine* à un décalage entre opérations d'encaissement et de reversement. Enfin, la gestion de la trésorerie du régime général doit rester prioritaire. Le *d*) du 8° du I prévoit en effet que ces opérations à destination d'organismes tiers doit se faire « *sans préjudice de l'exercice par l'agence des missions prévues au 1° et au 2°* » de l'article L. 225-1-4.

### **D. PERMETTRE AU DÉCRET, ET PLUS SEULEMENT À LA LOI, D'ÉTENDRE LE CHAMP DE RECouvreMENT DE L'ACOSS**

Jusqu'alors, le 3° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale prévoyait que l'ACOSS était chargée « *dans les cas prévus par la loi, de recouvrer directement des cotisations et des contributions* ».



Le 7° du **I** modifie le 3° de l'article L. 225-1-1 pour autoriser l'ACOSS à recouvrer directement des cotisations ou contributions « *dans les cas prévus par la loi ou, pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, par décret* ».

Cette possibilité offerte au pouvoir réglementaire d'élargir le champ de recouvrement de l'ACOSS aux cotisations ou contributions dues au titre d'un régime obligatoire visé par le code de la sécurité sociale répondrait à un double impératif de simplification et de rationalisation des méthodes de gestion des organismes de sécurité sociale.

Cet assouplissement permettrait notamment de confier au réseau du régime général le recouvrement de l'ensemble des recettes de l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM), le régime social des marins. En l'occurrence, dans un souci de lisibilité pour le cotisant, l'objectif du Gouvernement est de finaliser le transfert du recouvrement des cotisations et contributions sociales des assurés et employeurs relevant de l'ENIM à l'URSSAF de Poitou-Charentes à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

## **II. RÉNOVER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES ACTIVITÉS COMPTABLES ET FINANCIÈRES AU SEIN DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**

### **A. LA CRÉATION DE LA FONCTION DE DIRECTEUR COMPTABLE ET FINANCIER**

- La gestion financière et comptable des organismes de sécurité sociale est fondée sur le principe de séparation fonctionnelle entre le directeur de caisse, l'ordonnateur, et l'agent comptable. Or, le décret n° 93-1004 du 10 août 1993 modifiant les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la gestion financière des organismes de sécurité sociale du régime général, est venu instituer un principe de coopération entre l'agent comptable et le directeur de caisse autour de la mise en place d'un dispositif de contrôle interne.

Les modifications proposées par cet article visent à réaffirmer dans la loi ce principe de coopération entre l'ordonnateur et l'agent comptable. En premier lieu, il s'agit en effet de renforcer les fonctions de pilotage et de responsabiliser chacun des acteurs de la gestion financière et comptable des organismes de sécurité sociale. Les deux fonctions sont en effet complémentaires : les ordonnancements doivent s'avérer compatibles avec les orientations comptables et financières, et effectivement suivies d'un paiement. En second lieu, la création de la fonction de « directeur comptable et financier », en lieu et place de celle d'agent comptable, a pour objet de faire de ses titulaires des acteurs à part entière de la gestion des organismes de sécurité sociale.

- Le nouveau directeur comptable et financier aura, conformément à l'article L. 122-2 du code de la sécurité sociale tel que modifié par le 5° du **I**, un rôle de coordination du suivi comptable, financier et budgétaire. En effet, la fonction de directeur comptable est définie comme suit : « *le directeur comptable*

*et financier veille à la cohérence des données issues de la comptabilité et des données d'exécution des budgets de gestion et de leur analyse au regard des objectifs votés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale* ». Cette nouvelle fonction remplace systématiquement la locution « *agent comptable* » dans le code de la sécurité sociale, ainsi que le prévoient par coordination les modifications induites par les 3°, 4°, 9°, 10°, 11° et 12° du I. Le 1° du II prévoit la création de la fonction de « *directeur financier et comptable* » des caisses de sécurité sociale de Mayotte. Le 3° du I du présent article modifie enfin l'intitulé du chapitre 2 du titre 2 du livre 1 du code de la sécurité sociale, à l'avenir « *Directeur et directeur comptable et financier* » et au 4° du I l'intitulé de la section 2 du chapitre 3 du titre 2 du livre 1, à l'avenir « *Agents de direction et directeurs comptables et financiers* »

## **B. LA REFONTE DES PROCESSUS DE PRODUCTION COMPTABLE ET DE CONTRÔLE INTERNE**

Les processus opérationnels et organisationnels seront simplifiés.

- Le 1° du I prévoit le recentrage de l'essentiel du travail de production comptable sur les directeurs comptables et financiers des organismes nationaux, chapeautant la production comptable des régimes obligatoires de base, réseaux de caisses locales et régionales. Dans un souci d'efficacité et de lisibilité des combinaisons de comptes, l'article L. 114-6 modifié prévoit que le directeur comptable et financier de l'organisme national « *identifie et enregistre celles des écritures d'inventaire comptables afférentes aux opérations des organismes de base et établies à partir d'estimations, ayant vocation à être retracées dans les comptes de l'organisme national* ». La mesure proposée vise à permettre au directeur financier d'un organisme national, tête de réseau, d'enregistrer les écritures d'inventaire, fondées sur des estimations, directement dans ses propres comptes sans les faire apparaître dans les comptes des organismes de base, simplifiant ainsi l'établissement des comptes combinés de son régime.

- Le 6° du I prévoit de même que les agents comptables de la Caisse nationale d'assurance maladie (article L. 221-1), de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (article L. 222-1) et de la Caisse nationale des allocations familiales (article L. 223-1) veillent à l'équilibre financier de leur branche et à ce titre établissent les « *comptes combinés* » de chacune d'elle et effectuent le règlement « *et la comptabilisation* » de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'échoit pas aux organismes locaux.

- Le renforcement du contrôle interne passe par l'entrée dans une démarche de maîtrise unifiée des risques.

Le b) du 2° du I prévoit de créer une section intitulée « *Contrôle interne* » et composée d'un nouvel article L.114-8-1. Cet article fait des directeurs de caisse et des directeurs comptables et financiers, « *conjointement* », les garants du plan de contrôle interne « *dont l'objet est d'assurer la maîtrise des risques de toute nature, notamment*

*financiers, inhérents aux missions confiées à cet organisme* ». Le directeur comptable et financier se voit donc dévolu, ainsi que le souligne l'étude d'impact, un « *rôle transverse de coordination, de synthèse et de reporting des résultats du contrôle interne* » de façon à fournir aux dirigeants une vision globale des risques financiers et des enjeux prioritaires des organismes de sécurité sociale. Par extension, le 2° du II rend applicables les dispositions de l'article L. 114-8-1 du code général de la sécurité sociale à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

Le 5° du I prévoit que le directeur comptable et financier, s'appuyant sur les résultats du contrôle interne, a également pour tâche d'établir « *la synthèse des risques financiers majeurs auxquels l'organisme est exposé et des conditions dans lesquelles ces risques sont maîtrisés* », offrant ainsi au directeur de caisse une vision globale des enjeux prioritaires.

Le directeur comptable et financier devient partie intégrante d'une gouvernance partagée de contrôle interne. Cette gouvernance est esquissée de manière précise dans le nouvel article L. 114-8-1 du code de la sécurité sociale. Elle est articulée autour d'un « *plan de contrôle interne* » et des plans d'action, élaborés conjointement par le directeur comptable et financier et l'ordonnateur. Ces plans permettent de « *remédier aux déficiences constatées et d'améliorer l'efficacité de la gestion des missions de leurs organismes* ».

Dans cette optique, le directeur comptable et financier pourra formuler des propositions visant à proportionner les contrôles aux risques et à optimiser les processus de gestion liés à la production des prestations et des prélèvements sociaux. Les résultats de la mise en œuvre de ces plans d'action seront, du reste, pris en compte dans l'évaluation de la gestion interne par les directeurs. Ce nouvel article du code de la sécurité sociale a ainsi vocation à refondre la gouvernance des organismes de sécurité sociale, en affirmant le principe de coopération entre le directeur de caisse et le directeur comptable et financier.

### **III. SÉCURISER LA PÉRIODE TRANSITOIRE DE SUPPRESSION DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS**

Dans le cadre de la suppression du RSI, le III prévoit la modification du 4° du XVI de l'article 15 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, pour permettre le transfert des créances et des dettes des régimes complémentaires invalidité-décès et vieillesse des travailleurs indépendants vers le Conseil de protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI), à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Or, le CPSTI sera créé au 1<sup>er</sup> janvier 2019 et deviendra de ce fait responsable des anciens régimes complémentaires dès cette date. En conséquence, il convient de lui transférer, à compter de cette date, l'actif et le passif de ces régimes.

\*

\* \*

## TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

### Article 19

#### Transfert de recette entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

##### Adopté par la commission sans modification

L'article 19 a pour objet principal de compenser à la sécurité sociale les pertes spontanées de recettes générées par une série de mesures nouvelles, ou qui produiront leur plein effet à partir de 2019 seulement.

➤ Tout d'abord, c'est en 2019 que la suppression de la cotisation salariale d'assurance chômage fera sentir ses effets en année pleine.

En 2018, la cotisation a été supprimée en deux temps (réduction de 2,4 % à 0,95 % en janvier, puis de 0,95 % à 0 % en octobre), pour un coût de 9,9 milliards d'euros. En année pleine, ce coût est porté à 14 milliards d'euros, soit un surcoût de 4,1 milliards en 2019. Afin de financer de manière pérenne la perte de recettes pour l'assurance chômage, une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus d'activité (1,45 %) sera affectée à compter de 2019 à l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC). Cette affectation d'une recette à un organisme tiers crée un besoin de financement équivalent pour la sécurité sociale, besoin qui sera assuré, comme la quasi-totalité des autres, par l'affectation – en projet de loi de finances (PLF) – au régime général de sécurité sociale d'une fraction significativement accrue de taxe sur la valeur ajoutée (TVA), en provenance de l'État (23,49 % contre 0,34 % en 2018 – soit 41,8 milliards d'euros contre 0,6 milliard).

➤ 2019 sera par ailleurs l'année d'entrée en vigueur de la « bascule » CICE / allègement général.

Le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi a été supprimé par la loi de finances pour 2018 ; la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 a compensé cette suppression par une réduction de 6 points du taux de la cotisation patronale d'assurance maladie sur les salaires n'excédant pas 2,5 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) – soit la même assiette et le même taux que le CICE (coût spontané de 22,6 milliards pour la branche maladie). La LFSS 2018 a par ailleurs étendu le champ de l'allègement général de charges patronales – maximal à 1 SMIC puis dégressif pour s'annuler à 1,6 SMIC – aux cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire. C'est l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui prendra en charge les cotisations réduites, afin d'assurer la stricte neutralité financière de l'opération à l'UNÉDIC et à l'AGIRC-ARRCO, gestionnaire des régimes de retraite complémentaire obligatoires (Association générale des institutions de retraite des cadres et Association des régimes de retraite complémentaire). S'agissant des retraites complémentaires, la prise en charge des cotisations se fera *via* l'affectation directe d'une fraction de TVA à l'ACOSS (2,87 %, soit 5,1 milliards d'euros). S'agissant de l'assurance chômage, la prise en charge des cotisations (0,9 milliard d'euros) se fera par l'affectation à l'ACOSS d'une fraction de taxe sur les salaires.

➤ Le renforcement de l'allègement général le rend plus attractif que certaines exonérations patronales spécifiques, en conséquence supprimées ou modifiées par l'article 8 de ce projet de loi. Le basculement des employeurs concernés vers l'allègement général génèrera un coût spontané de 1,2 milliard d'euros, compensé à la sécurité sociale par la nouvelle fraction de TVA.

➤ En revanche, dans le cadre de la refonte des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, permise par les excédents des comptes sociaux, plusieurs nouvelles pertes de recettes ne seront pas compensées, à hauteur de 2 milliards d'euros. Il s'agit par exemple de l'exonération de cotisations salariales des heures supplémentaires prévue par l'article 7, ou de l'atténuation des effets de franchissement du seuil d'assujettissement des pensions au taux normal de CSG (article 11).

➤ La sécurité sociale « rendra » en outre à l'État 7,3 milliards d'euros de prélèvements sur les revenus du capital.

La Cour de Justice de l'Union européenne a jugé en 2015, dans un arrêt dit « *De Ruyter* », que des résidents fiscaux en France affiliés à un régime de sécurité sociale dans un autre État membre de l'Union européenne ne pouvaient être assujettis à des prélèvements sur leurs revenus du capital affectés à des organismes servant des prestations sociales contributives. Afin de mettre notre droit en conformité avec celui de l'Union, la LFSS 2016 a affecté le produit de ces prélèvements à des organismes qui, bien que relevant de la sphère sociale, servent des prestations de solidarité, non contributives (pour l'essentiel, le Fonds de solidarité vieillesse – FSV). Cela ne semble néanmoins pas suffisant au regard de développements jurisprudentiels récents, appelant donc l'affectation à l'État – sous la forme d'un nouveau prélèvement de solidarité – du prélèvement social (4,5 %, affecté au FSV et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA) et de la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,3 %, affectée à la CNSA). L'État percevra en outre, *via* le nouveau prélèvement de solidarité, un produit correspondant à 0,7 point de CSG sur le capital, dont le taux sera donc réduit de 9,9 à 9,2 %.

➤ La compensation de ces différentes pertes de recettes spontanées passera comme on l'a dit par l'augmentation très significative de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale.

Pour des raisons de simplicité, la TVA est affectée à la branche maladie du régime général exclusivement (sauf la fraction spécifiquement affectée à l'ACOSS). Sans réaffectations internes à la sécurité sociale, la branche maladie serait surcompensée alors que d'autres seraient très significativement perdantes (notamment la branche vieillesse, affectataire entre autres des cotisations exonérées au titre des heures supplémentaires). En conséquence, cet article procède à de multiples réaffectations internes à la sécurité sociale, essentiellement en modulant les clés de répartition de la taxe sur les salaires et de la CSG.

➤ De manière originale, l'article procède même à une réaffectation pluriannuelle. Il s'agit là, pour l'essentiel, de prévoir l'augmentation entre 2020 et 2022 de la quotité de CSG affectée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour lui permettre de reprendre 15 milliards de déficits portés actuellement par l'ACOSS, comme le prévoit l'article 20.

L'ensemble de ces réaffectations tient compte de la trajectoire prévisionnelle des équilibres financiers de chaque branche.

➤ Enfin, cet article comporte des modifications plus circonscrites, qui ne sont pas directement liées à l'équilibre financier d'ensemble. Il s'agit notamment d'élargir les missions de la CNSA, qui sera notamment amené à apporter un financement exceptionnel de 50 millions d'euros aux services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Cet article de neuf pages est le rendez-vous annuel que se donnent le Gouvernement et le Parlement dans le labyrinthe du financement de la sécurité sociale. Comme chaque année, il faut donc commencer par les précautions d'usage, en rappelant que la diversité des organismes concernés par cet article, la multiplicité des recettes dont le régime ou l'affectation sont modifiés, la complexité des flux financiers retracés, interdisent bien évidemment d'entrer dans le détail et l'historique de chaque mesure. Ce commentaire essaie néanmoins, autant que possible, de présenter les conséquences financières des dispositions de l'article.

Sa première partie présente ce qui constitue chaque année le cœur de cet article récurrent de transferts, à savoir les évolutions spontanées des recettes de la sécurité sociale du fait des mesures contenues dans ce projet de loi mais également dans le projet de loi de finances (PLF) pour 2019. Il résulte de ces mesures d'importants mouvements financiers entre la sécurité sociale et l'État, qui appellent à leur tour des mécanismes de compensation internes à la sécurité sociale.

Après cet aperçu financier aussi complet que les délais d'examen du texte le permettent, le commentaire détaille les dispositions juridiques de l'article, classées en deux grands blocs par souci de clarté : mesures liées à l'équilibre financier d'ensemble, et mesures plus spécifiques.

## **I. L'ÉVOLUTION SPONTANÉE DES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2019 APPELLE UN IMPORTANT TRANSFERT DE L'ÉTAT, ET EN CONSÉQUENCE DES RÉÉQUILIBRAGES INTERNES À LA SPHÈRE SOCIALE.**

### **A. LES ALLÈGEMENTS DE CHARGES SOCIALES DONT LE PRINCIPE A ÉTÉ VOTÉ EN LFSS 2018 CRÉENT DES BESOINS DE FINANCEMENT IMPORTANTS POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2019.**

#### **1. La suppression des cotisations salariales maladie et chômage sera plus coûteuse en 2019 qu'en 2018, car la suppression de la cotisation chômage s'est faite en deux étapes en 2018.**

• L'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 <sup>(1)</sup> a :

– supprimé, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la cotisation salariale d'assurance maladie, assise au taux de 0,75 % sur le salaire brut ;

– fait prendre en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), au titre de 2018, les conséquences de la réduction de la cotisation salariale d'assurance chômage <sup>(2)</sup>, de 2,40 % à 0,95 % au 1<sup>er</sup> janvier 2018, puis de 0,95 % à 0 % au 1<sup>er</sup> octobre 2018.

En 2018, c'est en quelque sorte l'ACOSS qui s'est acquittée auprès de l'UNÉDIC <sup>(3)</sup> d'une partie (jusqu'en octobre) puis de la totalité (depuis octobre) de la cotisation salariale d'assurance chômage. Pour assumer cette prise en charge, l'ACOSS s'est vue affecter une fraction de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) (5,59 %, soit 9,9 milliards d'euros) par l'article 55 de la loi de finances pour 2018 <sup>(4)</sup>.

• Simplement « prise en charge » par l'ACOSS au titre de 2018, la cotisation salariale d'assurance chômage a été définitivement supprimée du droit positif par l'article 54 de la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel <sup>(5)</sup>. Le même article a prévu, en conséquence, un mécanisme de compensation pérenne pour l'UNÉDIC, par l'affectation du produit d'une imposition de toute nature, identifiée par les travaux préparatoires <sup>(6)</sup> comme une fraction de contribution sociale généralisée (CSG).

---

(1) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017. Pour une présentation plus complète, on se reportera utilement au commentaire de l'article 11, supra.

(2) Pesant sur la même assiette.

(3) Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce, association gestionnaire du régime d'assurance chômage.

(4) Loi n° 2017-1937 du 30 décembre 2017.

(5) Loi n° 2018-771.

(6) On se reportera utilement au commentaire en première lecture de l'article 30 du projet de loi, devenu article 54 de la loi, par notre collègue Aurélien Taché : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r1019-t11.pdf>, pages 308 à 325.

Cette affectation relève du domaine exclusif des LFSS, tel qu'il est défini par l'article – organique – LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, dont le III réserve aux lois de financement le soin d'affecter tout ou partie d'une recette exclusive de la sécurité sociale – ce qu'est la CSG – à une autre personne morale – ce qu'est l'UNÉDIC.

En effet, l'UNÉDIC n'est pas un organisme relevant de la sécurité sociale au sens du III de l'article LO. 111-3, à savoir :

- les régimes obligatoires de base ;
- les organismes concourant :
  - au financement des régimes obligatoires de base (Fonds de solidarité vieillesse – FSV –, en pratique) ;
  - à l'amortissement de leur dette (Caisse d'amortissement de la dette sociale – CADES) ;
  - à la mise en réserve de recettes à leur profit (Fonds de réserve des retraites – FRR) ;

– les organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA).

● C'est donc le présent article qui prévoit d'affecter une fraction de CSG – sur les seuls revenus d'activité – à l'UNÉDIC. Cette fraction, fixée à 1,45 % <sup>(1)</sup>, devrait produire 14 milliards d'euros de recettes, soit le coût en année pleine de la suppression de la cotisation salariale d'assurance chômage.

La perte de recettes afférente pour la sécurité sociale fera partie des mesures compensées par l'affectation d'une fraction significativement accrue de TVA, prévue par l'article 36 du projet de loi de finances (PLF) pour 2019 (cf. *infra*).

## **2. La « bascule » CICE / allègements de charges patronales, en vigueur à compter de 2019, crée spontanément une perte de recettes massive pour les organismes de protection sociale.**

### ***a. L'effet d'ensemble de la bascule***

● L'article 9 de LFSS 2018, tirant les conséquences de la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) par la loi de finances pour 2018 <sup>(2)</sup>, a prévu deux mécanismes de renforcement des allègements de

---

(1) De l'assiette, pas du produit.

(2) Article 86 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017.



charges patronales, l'ensemble de ces mesures entrant en vigueur en 2019 seulement <sup>(1)</sup> :

– en réduisant de 6 points le taux de la cotisation d'assurance maladie pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC), compensant ainsi strictement le CICE (même assiette et même taux de réduction) ;

– en renforçant l'allègement général de cotisations patronales de sécurité sociale – maximal au niveau du SMIC et dégressif pour s'annuler lorsque la rémunération atteint 1,6 SMIC – par une extension de son champ aux cotisations de retraite complémentaire (6,01 points en 2019) et d'assurance chômage (4,05 points). Le premier volet du renforcement de l'allègement général (6,01 points) entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019, le second (4,05 points) au 1<sup>er</sup> octobre.

La LFSS 2018 avait prévu le principe de la prise en charge par l'ACOSS des cotisations de retraite complémentaire et d'assurance chômage allégées, respectivement auprès de l'AGIRC-ARRCO <sup>(2)</sup> et de l'UNÉDIC. Mais c'est seulement à compter de 2019, date d'entrée en vigueur des nouveaux mécanismes d'allègement de charges, que les conséquences financières seront ressenties.

L'article 116 de la loi de finances pour 2018 avait prévu d'affecter à l'ACOSS 2 points de TVA à compter de 2019, au titre de la prise en charge des cotisations de retraite complémentaire et d'assurance chômage. Ces 2 points de TVA représentent environ 3,3 milliards d'euros, soit le coût estimé du renforcement de l'allègement général, selon les données fournies par le Gouvernement à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2018.

• Les besoins de financement résultant de la « bascule » CICE / allègements de charges s'élèvent, au titre de l'année 2019 :

– à 22,6 milliards d'euros pour la branche maladie, du fait de la réduction de 6 points du taux de la cotisation patronale, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 <sup>(3)</sup> ;

– à 5,1 milliards pour l'AGIRC-ARRCO, du fait de l'intégration des cotisations patronales de retraite complémentaire dans le champ de l'allègement général, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 ;

---

(1) Pour une présentation plus complète, on se reportera utilement au commentaire de l'article 8, supra.

(2) Association générale des institutions de retraite des cadres et Association des régimes de retraite complémentaire, gestionnaires des régimes de retraite complémentaire obligatoires.

(3) Le montant de 22,6 milliards est le coût spontané. Comptablement, il sera minoré de 4,9 milliards d'euros du fait de l'articulation de ce « bandeau » de réduction forfaitaire de 6 points de cotisation maladie avec l'allègement général. Il est en effet prévu que celui-ci s'impute sur les cotisations en fonction de leur part respective dans l'ensemble des cotisations se trouvant dans le champ dudit allègement. Or, les cotisations maladie étant déjà fortement réduites par le bandeau, elles sont en quelque sorte « épargnées » par l'allègement général, d'une certaine manière « moins réduites » qu'elles ne le seraient en l'absence d'imputation préalable du bandeau.

– à 0,9 milliard pour l'UNÉDIC, du fait de l'intégration de la cotisation patronale d'assurance chômage dans le champ de l'allègement général, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2019 seulement.

Le coût en année pleine du renforcement de l'allègement général serait donc finalement de 8,7 milliards d'euros, soit 5,1 milliards pour l'AGIRC-ARRCO + 3,6 milliards pour l'UNÉDIC (soit le coût du trimestre octobre-décembre 2019 rapporté à une année entière = 0,9 X 4).

Ces besoins seront respectivement assurés par :

– l'affectation à la sécurité sociale d'une fraction significativement accrue de TVA ;

– l'affectation à l'ACOSS d'une fraction spécifique de TVA (2,87 points, cf. *infra*) ;

– la prise en charge par l'ACOSS en 2019 des cotisations patronales d'assurance chômage se trouvant dans le champ de l'allègement général. Pour cela, l'ACOSS se verra affecter une fraction de taxe sur les salaires, la perte de recettes pour les autres organismes de sécurité sociale étant compensée dans le cadre général de l'affectation à la sécurité sociale d'une fraction significativement accrue de TVA.

***b. Les effets propres au remplacement de dispositifs spécifiques de réduction de charges patronales par l'allègement général renforcé***

L'article 8 du présent PLFSS <sup>(1)</sup> prévoit la rationalisation ou la suppression de plusieurs dispositifs spécifiques d'allègement de charges patronales dont l'attractivité se trouve dégradée par le renforcement de l'allègement général, qui deviendra plus favorable que ces dispositifs spécifiques au voisinage du SMIC. De ce fait, le basculement vers l'allègement général d'une population d'employeurs bénéficiant jusqu'alors de ces dispositifs spécifiques aurait un coût net spontané pour les finances sociales, à hauteur de 1,2 milliard d'euros selon l'exposé des motifs de l'article 36 du PLF (cf. tableau suivant).

En l'état du droit, les dispositifs spécifiques sont pour l'essentiel compensés par l'État à la sécurité sociale, au moyen de crédits budgétaires, en application du principe posé par l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale (cf. *infra*). Il est donc logique que le basculement vers l'allègement général soit également compensé financièrement, y compris lorsqu'il génère un surcoût. La compensation se fera dans le cadre général de l'affectation à la sécurité sociale d'une fraction significativement accrue de TVA.

L'étude d'impact indique que « *le coût de la bascule vers les allègements généraux renforcés des populations concernées par des dispositifs non compensés à la sécurité sociale [...] ne donnent pas lieu à l'affectation de recettes ou de*

---

(1) Au commentaire duquel on se reportera utilement pour une description plus complète.

*crédits budgétaires en compensation, qu'il y ait ou non un surcoût* ». Il ne s'agit pas de nouvelles pertes de recettes non compensées, comme il sera question immédiatement après, mais de la simple perpétuation de l'existant : non compensés aujourd'hui, les dispositifs en question ne le seront pas davantage demain.

**COÛT DU BASCULEMENT VERS L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL  
DE CERTAINES EXONÉRATIONS SPÉCIFIQUES COMPENSÉES**

*(en millions d'euros)*

<b>Exonération spécifique</b>	<b>Coût du basculement</b>	<b>Modalité de compensation actuelle</b>
Contrats d'apprentissage	258	Crédits budgétaires
Contrats de professionnalisation	5	Crédits budgétaires
Associations intermédiaires	115	Crédits budgétaires
Ateliers et chantiers d'insertion	159	Crédits budgétaires
Outre-mer	320	Crédits budgétaires
Travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi dans le secteur agricole (TO-DE)	356	Crédits budgétaires
<b>Total</b>	<b>1 213</b>	

*Source : commission des affaires sociales.*

**B. PLUSIEURS NOUVELLES PERTES DE RECETTES NE SERONT PAS COMPENSÉES, CONFORMÉMENT AUX ORIENTATIONS RETENUES PAR LE GOUVERNEMENT EN MATIÈRE DE RELATIONS FINANCIÈRES ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE.**

● En application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, issu de la loi dite « Veil » du 25 juillet 1994 <sup>(1)</sup>, les mesures de réduction ou d'exonération de cotisations sociales sont en principe compensées par l'État, sauf disposition législative contraire. Depuis 2004, ce principe de compensation est étendu aux contributions fiscales affectées aux organismes de sécurité sociale, ainsi qu'aux mesures de réduction ou d'abattement d'assiette des cotisations et contributions, au-delà donc des seules exonérations.

Il faut préciser que cela ne signifie pas systématiquement que les mesures faisant exception au principe ne sont pas compensées sur le plan financier. Il s'agit simplement d'une précaution juridique indispensable : les allègements « de droit commun » doivent être compensés « à l'euro l'euro », en clair par l'affectation de crédits budgétaires ; dès lors que la compensation passe par l'affectation pérenne de recettes, et non par le versement d'un quantum précis (compensation dite « pour solde de tout compte »), elle sort mécaniquement d'une logique « à l'euro l'euro », et confère ainsi à l'allègement un caractère dérogatoire qui doit être expressément prévu. Ainsi, l'allègement général est historiquement compensé par l'affectation de recettes fiscales, mais il est expressément prévu au rang des dérogations prévues par l'article L. 131-7.

---

(1) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

Il faut également dire que certaines mesures ayant pour effet de réduire les recettes échappent par nature au champ de l'obligation de compensation, mais qu'elles peuvent néanmoins l'être sur décision du législateur (modalités de calcul, suppression de taxes, par exemple).

● Suivant les conclusions du rapport remis de sa propre initiative au Parlement, en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 <sup>(1)</sup>, le Gouvernement propose, « *compte tenu du retour à l'équilibre des comptes sociaux et alors que le budget de l'État enregistre encore des déficits significatifs, [...] que les nouvelles pertes de recettes de la sécurité sociale ne donnent plus lieu par principe à une compensation systématique* » <sup>(2)</sup>. Pour une description plus complète des enjeux attachés à cette question importante, on se reportera utilement au commentaire de l'article 21, *infra*.

L'étude d'impact énumère cinq dispositifs nouveaux générant des pertes de recettes pour la sécurité sociale, qui ne lui seront pas compensées financièrement.

#### NOUVELLES PERTES DE RECETTES NON COMPENSÉES À LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2019

(en millions d'euros)

Mesure	Origine	Coût	Modalité de non-compensation
Exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires	Article 7 PLFSS*	643	Dérogation expresse à l'article L. 131-7 (prévue par l'article 19 PLFSS)
Atténuation des effets du franchissement du seuil d'assujettissement au taux normal de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité	Article 11 PLFSS*	350	Modalité de calcul : hors-champ de l'article L. 131-7
Application aux employeurs de certains régimes spéciaux des réductions forfaitaires des taux de cotisations maladie et famille	Article 8 PLFSS*	393	Dérogation au principe de compensation déjà prévue par l'article L. 131-7
Suppression de la taxe sur les farines alimentaires	Article 9 PLF**	60	Suppression de taxe : hors-champ de l'article L. 131-7
Suppression du forfait social sur certaines catégories de revenus	Article 57 PACTE***	593	Dérogation expresse à l'article L. 131-7 (non prévue à ce stade)****
<b>TOTAL</b>		<b>2 039</b>	

\* Cf. commentaires *supra*

\*\* Pour plus d'information, on se reportera utilement au commentaire de cet article par notre collègue Joël Giraud.

\*\*\* Projet de loi relatif à la croissance et à la transformation des entreprises. Pour plus d'information, on se reportera utilement au commentaire de cet article par notre collègue Coralie Dubost : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r1237-tl.pdf>, pages 7 à 15.

\*\*\*\* La non-compensation doit être expressément prévue en LFSS, car elle relève de son domaine exclusif, en application du IV de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Source : *commission des affaires sociales, sur la base de l'étude d'impact.*

(1) Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018.

(2) Étude d'impact.

● L'impact de ces non-compensations est différent selon les branches de la sécurité sociale, et appelle des mesures de réaffectation internes à la sécurité sociale :

– la branche vieillesse, affectataire du forfait social et des cotisations vieillesse exonérées par l'article 7 du PLFSS, devra se voir compenser ses pertes spontanées, par le transfert d'une fraction supplémentaire de taxe sur les salaires, depuis la branche famille ;

– le régime complémentaire obligatoire (RCO) des non-salariés agricoles, affectataire de la taxe sur les farines, recevra en compensation de sa suppression une fraction de droits sur les alcools, en provenance du régime agricole de base (lui-même compensé par le régime général auquel il est intégré).

### **C. L'AFFECTATION À L'ÉTAT D'UNE PARTIE DES CONTRIBUTIONS SOCIALES SUR LES REVENUS DU CAPITAL GÈNÈRE UNE PERTE SPONTANÉE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE.**

#### **1. Plusieurs contributions sociales pèsent sur les revenus du capital, au taux global de 17,2 %.**

La notion de « revenus du capital » permet de désigner commodément deux types de revenus : les revenus du patrimoine (comme par exemple les revenus fonciers) et les produits de placement (comme par exemple les intérêts des comptes sur livret).

Ces revenus sont assujettis à une série de contributions sociales, c'est-à-dire d'impositions de toute nature dont le produit est affecté à des organismes de sécurité sociale. On rappellera que les contributions sociales se distinguent des cotisations sociales : les secondes ouvrent droit, en contrepartie de leur paiement, au versement de prestations, alors que les premières, comme tous les impôts, ne donnent lieu à aucune contrepartie, dans une logique de solidarité nationale <sup>(1)</sup>.

Pesant sur les mêmes assiettes, les contributions sociales sur les revenus du capital sont, « historiquement » :

– la CSG <sup>(2)</sup> sur les revenus du patrimoine (article L. 131-6 du code de la sécurité sociale) et sur les produits de placement (article L. 131-7 du même code), au taux de 9,9 % <sup>(3)</sup> ;

---

(1) Autre différence de taille, sur le plan procédural : alors que la loi doit fixer l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toute nature (article 34 de la Constitution), le taux des cotisations est fixé par voie réglementaire (le champ des assujettis, l'assiette et le principe des éventuelles exonérations et réductions relevant néanmoins de la compétence du législateur).

(2) La CSG n'est en effet pas un impôt unique, mais la collection de quatre impôts « cédulaires » frappant à des taux variables des assiettes distinctes : revenus d'activité et de remplacement, revenus du patrimoine produit de placement, revenus tirés de certains jeux d'argent.

(3) Les taux de CSG cités dans le présent commentaire sont ceux applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, après leur relèvement de 1,7 point par l'article 8 de la LFSS 2018.

– la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), créée par l’ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, construite sur le même modèle que la CSG, au taux de 0,5 % sur les revenus du capital ;

– un prélèvement social sur les revenus du patrimoine (article L. 245-14 du code de la sécurité sociale), au taux de 4,5 % (article L. 245-16), et un prélèvement de solidarité au taux de 2 % (article 1600-0-S du code général des impôts) ;

– un prélèvement social sur les produits de placement<sup>(1)</sup> (article L. 245-15 du code de la sécurité sociale), au taux de 4,5 %, et un prélèvement de solidarité au taux de 2 % (article 1600-0-S du code général des impôts)<sup>(2)</sup>.

– la contribution de solidarité pour l’autonomie (CSA) sur le capital, composée en fait de deux contributions additionnelles au prélèvement social, au taux de 0,3 % (article L. 14-10-4 du code de l’action sociale et des familles).

Le taux cumulé de ces différentes contributions est donc de 17,2 %.

## **2. Le droit de l’Union européenne a appelé une vaste réaffectation du produit de ces prélèvements en 2016.**

● La Cour de Justice de l’Union européenne (CJUE) a jugé que le fait d’assujettir une personne physique aux contributions sociales sur le capital au motif de sa résidence fiscale en France, alors même que cette personne est affiliée à un régime de sécurité sociale dans un autre État membre de l’Union parce qu’elle y exerce son activité professionnelle, est contraire au principe d’unicité de législation en matière d’affiliation à un régime de sécurité sociale, voulant en substance qu’on ne puisse contribuer à deux régimes dans deux États<sup>(3)</sup>.

Indifférente à la qualification donnée aux prélèvements en droit interne (cotisations ouvrant droit à prestations ou contributions à des fins de solidarité nationale), la Cour veille à ce qu’une personne affiliée à un régime de sécurité sociale dans un État A ne soit pas assujettie dans un État B, même si elle en est résidente fiscale, à des prélèvements dont le produit est affecté à des organismes servant des prestations contributives auxquelles le contribuable n’aurait par construction pas droit puisqu’affilié à la sécurité sociale d’un autre État.

● Afin de tirer les conséquences de cette jurisprudence, l’article 24 de la LFSS 2016<sup>(4)</sup> a procédé à une profonde réorganisation de l’affectation des

---

(1) Le terme générique « prélèvement social » employé dans la suite de ce commentaire désigne le prélèvement social sur les revenus du patrimoine et le prélèvement social sur les produits de placement.

(2) Identiquement, le terme générique « prélèvement de solidarité » employé dans la suite de ce commentaire désigne le prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine et le prélèvement de solidarité sur les produits de placement.

(3) CJUE, 26 février 2015, affaire C-623/13, Ministre de l’Économie et des finances contre Gérard de Ruyter.

(4) Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.

contributions sociales sur le capital. L'option choisie alors par le législateur a consisté à maintenir dans la sphère sociale le produit des contributions sur le capital, mais à l'affecter hors des régimes de sécurité sociale au sens du droit de l'Union européenne (UE), c'est-à-dire aux organismes qui servent des prestations non contributives.

Concrètement, il s'est agi, pour l'essentiel, de transférer des différentes branches du régime général de sécurité sociale vers le FSV l'essentiel des contributions sur le capital. Le FSV a pour mission principale de prendre en charge les périodes pendant lesquelles les assurés ne cotisent pas au régime de base d'assurance vieillesse – typiquement, en cas de chômage –, de sorte à leur permettre de bénéficier d'un niveau minimum de droits au moment de leur retraite ; en réorganisant le FSV en plusieurs sections, dont la première concentre les dispositifs de solidarité et en affectant à cette section l'essentiel des contributions sociales sur le capital, le législateur de l'époque a entendu mettre le droit français en adéquation avec celui de l'UE.

● Au terme du vaste mouvement de réaffectation intervenu en LFSS 2016, mais également de modifications ultérieures, notamment l'affectation du prélèvement de solidarité à l'État par l'article 28 de la LFSS 2018, le produit des contributions sociales <sup>(1)</sup> sur le capital est affecté dans les conditions décrites dans le tableau suivant.

#### AFFECTATION DES CONTRIBUTIONS SOCIALES SUR LE CAPITAL : SITUATION ACTUELLE

(en milliards d'euros pour les colonnes de droite)

	Total		CNSA		CADES		FSV		État	
CSG	9,9 %	13,4			0,6 point	0,8	9,3 points	12,6		
CRDS	0,5 %	0,7			0,5 point	0,7				
Prélèvement social	4,5 %	6,2	1,38 point	1,9			3,12 points	4,3		
CSA	0,3 %	3,3	0,3 point	3,3						
Prélèvement de solidarité	2 %	2,1							2 points	2,1
Total	17,2 %	25,7	1,68 point	5,2	1,1 point	1,5	12,42 points	16,9	2 points	2,1

Source : commission des affaires sociales, sur la base des données de la direction de la sécurité sociale.

### 3. Néanmoins, la conformité du droit national à celui de l'UE demeure incertaine, et appelle une nouvelle réaffectation.

● Les juridictions nationales ne semblent pas pleinement convaincues par la logique retenue en LFSS 2016. Dans un arrêt du 31 mai 2018, la Cour administrative d'appel (CAA) de Nancy <sup>(2)</sup> a confirmé un jugement du Tribunal

(1) Compte tenu de l'affectation du prélèvement social à l'État depuis 2018, la notion de contributions « sociales » n'est plus parfaitement juste, d'où l'emploi du terme « historiquement » plus haut.

(2) Ministre de l'Action et des comptes publics contre M. et Mme A., requête n° 17NC022124.

administratif de Strasbourg du 11 juillet 2017, déchargeant de contributions sociales sur le capital (en l’occurrence, une rente viagère et des revenus de capitaux mobiliers perçus en 2015) un contribuable résident fiscal en France mais affilié au régime de sécurité sociale suisse, pour méconnaissance du principe d’unicité de législation <sup>(1)</sup> :

– s’agissant des produits affectés à la première section du FSV, la Cour a jugé que « *les prestations financées par le FSV doivent être regardées comme venant en complément d’une prestation de sécurité sociale et comme présentant ainsi un lien direct et pertinent avec une des branches de la sécurité sociale visée par le règlement [posant le principe d’unicité de législation]* » ;

– s’agissant des produits affectés à la CADES, la Cour a jugé qu’une imposition affectée à la Caisse, même partiellement, « *participe au financement du régime français de sécurité sociale [et à ce titre] est soumise au respect du principe d’unicité de la législation* » ;

– s’agissant des produits affectés à la CNSA, la CAA a saisi la CJUE d’une question préjudicielle, afin de savoir si les prestations servies par la CNSA (allocation personnalisée d’autonomie et prestation de compensation du handicap) sont ou non, comme le soutenait le ministre de l’Action et des comptes publics dans son appel contre le jugement de première instance, des prestations de solidarité nationale non soumises de ce fait au respect du principe d’unicité de la législation.

● L’édifice sur pied depuis 2016 ne s’avérant donc pas d’une solidité sans faille, cet article prévoit de réaffecter à l’État les contributions sur le capital, « *à l’exception de la CRDS qui doit demeurer affectée à la Caisse d’amortissement de la dette sociale et de la CSG qui demeure indivisiblement affectée à la sécurité sociale* » <sup>(2)</sup>.

Cet argument est tout à fait audible en droit interne : affecter tout ou partie de la CSG ou de la CRDS hors de la sphère sociale reviendrait en quelque sorte à méconnaître le principe constitutionnel de nécessité de l’impôt, puisque ces contributions n’ont d’existence qu’au titre du financement de la sécurité sociale et de l’amortissement de sa dette. Il faut néanmoins dire qu’au regard du droit de l’Union, cet argument ne semble pas pouvoir être retenu à en croire la CAA de Nancy, qui a confirmé la décharge de CSG et de CRDS prononcée en première instance.

Le prélèvement social, la CSA et le prélèvement de solidarité, qui ont la même assiette et auront à compter de 2019 le même affectataire en la personne de l’État, sont fusionnés en un nouveau prélèvement de solidarité, codifié à

---

(1) *Le règlement qui pose ce principe (règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale) est applicable à la Suisse en vertu de l’accord conclu le 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d’une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d’autre part, sur la libre circulation des personnes.*

(2) *Étude d’impact. Qui présente sobrement les mesures de réaffectation décrites ici comme une « première étape de la rationalisation des recettes fiscales de la sécurité sociale ».*



l'article 235 *ter* du code général des impôts. Ce prélèvement frappera la même assiette qu'aujourd'hui au taux de 7,5 %, soit la somme des actuelles contributions (4,5 % de prélèvement social + 0,3 % de CSA + 2 % de prélèvement de solidarité) et du transfert de 0,7 point de CSG sur le capital, dont le taux sera donc aligné sur celui applicable aux revenus d'activité (passant de 9,9 à 9,2 %).

• La CNSA et le FSV, perdants à la suppression de la CSA et du prélèvement social, se voient affecter une quotité supplémentaire de CSG, respectivement sur les pensions de retraite et d'invalidité et sur les revenus d'activité. Compte tenu du fait que l'assiette de ces cédules de CSG est plus large que celle des cédules « capital », la quotité affectée peut être moindre, en points de pourcentage, sans dégrader le niveau des recettes en milliards d'euros.

La restitution à l'État de la CSA, du prélèvement social et de 0,7 point de CSG sur le capital (le tout *via* la création du nouveau prélèvement de solidarité) fait partie des éléments compensés par l'affectation à la sécurité sociale d'une fraction significativement accrue de TVA.

#### CONSÉQUENCES DE LA RÉAFFECTATION DES CONTRIBUTIONS SUR LE CAPITAL

(en milliards d'euros pour les colonnes de droite)

	Total		CNSA		CADES		FSV		État	
CSG capital	9,2 %	12,5			0,6 point	0,8	8,6 points	11,6		
CSG pensions	8,3 %	5,1					1,72 point	5,1		
CSG activité	9,2 %	2,3	0,23 point	2,3						
CRDS	0,5 %	0,7			0,5 point	0,7				
Prélèvement de solidarité	7,5 %								7,5 points	9,8

Source : commission des affaires sociales, sur la base des données de la direction de la sécurité sociale.

#### D. LA COMPENSATION DES MOINDRES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE PASSE PAR L'AFFECTATION D'UNE FRACTION SIGNIFICATIVEMENT ACCRUE DE TVA, APPELANT ELLE-MÊME DES RÉÉQUILIBRAGES INTERNES AUX RÉGIMES ET AUX BRANCHES.

L'article 36 du PLF porte la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale de 5,93 à 26,36 % <sup>(1)</sup>.

En 2018, les 5,93 % se décomposaient en 0,34 % au profit de la branche maladie du régime général et 5,59 % au profit de l'ACOSS (cf. *supra*). En 2019, l'ACOSS percevra « en propre » 2,87 % de TVA, afin de prendre en charge les cotisations patronales de retraite complémentaire désormais dans le champ de l'allègement général. La branche maladie percevra le solde, soit 23,49 %.

(1) Assis sur la TVA brute budgétaire.

Ce taux global est plus de trois fois supérieur au taux de TVA usuellement transférée à la sécurité sociale, compte tenu du volume massif des pertes spontanées de recettes engendrées notamment par la bascule CICE / allègement général. Le surplus de TVA reçu par la sécurité sociale en 2019 (par rapport à 2018) s'élèvera à 36,4 milliards d'euros.

#### ÉVOLUTION DE LA FRACTION DE TVA AFFECTÉE À LA SÉCURITÉ SOCIALE

(montant en milliards d'euros)

Affectataire	2018		2019	
	Taux	Montant	Taux	Montant
Branche maladie du régime général	0,34 %	0,7	23,49 %	41,8
ACOSS	5,59 %	9,8	2,87 %	5,1
<b>TOTAL</b>	<b>5,93 %</b>	<b>10,5</b>	<b>26,36 %</b>	<b>46,9</b>

Source : commission des affaires sociales.

Pour des raisons de simplicité du transfert État-sécurité sociale, la TVA – hormis la fraction directement affectée à l'ACOSS – n'est pas ventilée au sein des régimes et des branches en fonction des besoins de chacun ; elle est affectée « en bloc » à la branche maladie du régime général. Les rééquilibrages internes à la sécurité sociale se font ensuite par une modification des clés de répartition d'autres recettes, tout particulièrement la taxe sur les salaires (cf. *infra*). Il s'agit notamment d'affecter des recettes à la branche vieillesse, affectataire du forfait social et des cotisations exonérées sur les heures supplémentaires.

\*

**PERTES SPONTANÉES DE RECETTES POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2019**

(en milliards d'euros)

Mesure	Perte spontanée de recettes pour la sécurité sociale	Modalité de compensation
Transfert de 1,45 point de CSG maladie vers l'UNÉDIC, en compensation de la suppression de la cotisation salariale d'assurance chômage	14*	Fraction de TVA générale (23,49 %)
Réduction de 6 points de la cotisation patronale maladie (« équivalent-CICE »)	22,6**	Fraction de TVA générale (23,49 %)
Transfert de 10,78 points de taxe sur les salaires vers l'ACOSS, en compensation de la prise en charge des cotisations patronales d'assurance chômage entrant dans le champ de l'allègement général***	1,4	Fraction de TVA générale (23,49 %)
Prise en charge par l'ACOSS des cotisations patronales de retraite complémentaire entrant dans le champ de l'allègement général	5,1	Fraction dédiée de TVA (2,87 %)
Suppression du prélèvement social	5,9	Fraction de TVA générale (23,49 %)
Suppression de la CSA	0,393	Fraction de TVA générale (23,49 %)
Réduction de 0,7 point du taux de CSG capital	1	Fraction de TVA générale (23,49 %)
Basculement vers l'allègement général des exonérations spécifiques de cotisations patronales, compensées	1,213	Fraction de TVA générale (23,49 %)
<b>Total des besoins de financement appelant compensation</b>	<b>51,6***</b>	<b>Fractions de TVA</b>
<b>Basculement vers l'allègement général des exonérations spécifiques de cotisations patronales, non compensées</b>	<b>2</b>	<b>Non compensé</b>
<i>dont exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires</i>	<i>0,643</i>	
<i>dont atténuation des conséquences du franchissement du seuil d'assujettissement au taux normal de CSG sur les pensions</i>	<i>0,35</i>	
<i>dont éligibilité des employeurs de certains régimes spéciaux à la réduction de 6 points de la cotisation maladie</i>	<i>0,4</i>	
<i>dont éligibilité des employeurs de certains régimes spéciaux à la réduction de 6 points de la cotisation famille</i>	<i>0,1</i>	
<i>dont suppression de la taxe sur les farines</i>	<i>0,06</i>	
<i>dont suppression du forfait social sur certains revenus</i>	<i>0,593</i>	

\* Le surcoût net en 2019 est de seulement 4,1 milliards d'euros, compte tenu de la suppression en année pleine de la cotisation salariale d'assurance chômage.

\*\* La perte nette est de seulement 17,6 milliards d'euros, compte tenu des modalités d'imputation de l'allègement général décrites *supra*.

\*\*\* Essentiellement

\*\*\* Compte tenu des deux premières notes, le coût net est ramené à 36,7 milliards, soit environ le montant du surplus de TVA affecté en 2019 à la sécurité sociale.

Source : commission des affaires sociales.

## II. DÉTAILS DU DISPOSITIF JURIDIQUE PROPOSÉ

### A. LES MESURES DIRECTEMENT LIÉES À L'ÉQUILIBRE FINANCIER D'ENSEMBLE

#### 1. La prise en charge par l'ACOSS des cotisations de retraite complémentaire et d'assurance chômage, désormais dans le champ de l'allègement général

• Le VIII du présent article prévoit la prise en charge par l'ACOSS des cotisations patronales de retraite complémentaire qui, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, se trouveront dans le champ de l'allègement général. Il s'agit de garantir à l'AGIRC-ARRCO la neutralité financière de la bascule CICE / allègement général.

Concrètement, l'ACOSS versera à l'AGIRC-ARRCO le montant des cotisations avant prise en compte de leur réduction, donc telles qu'elles auraient été dues sans extension du champ de l'allègement général. Les régimes de retraite complémentaire devront simplement fournir à l'ACOSS les justificatifs nécessaires à l'établissement des montants à verser (ces cotisations continuant d'être recouvrées par l'AGIRC-ARRCO).

Il reviendra à la branche vieillesse du régime général d'assurer l'équilibre financier de l'ACOSS au titre de cette nouvelle mission, dans l'hypothèse d'un écart entre l'exécution et la prévision (prévision servant de base au calcul de la fraction de TVA spécifiquement affectée à l'ACOSS pour l'accomplissement de cette mission).

• Le IX prévoit la prise en charge par l'ACOSS, pour l'année 2019, des cotisations patronales d'assurance chômage qui se trouveront dans le champ de l'allègement général, dans la généralité des cas à compter d'octobre 2019 <sup>(1)</sup>.

Déjà chargée du recouvrement des cotisations chômage – *via* son réseau d'URSSAF – l'ACOSS en versera le produit à l'UNÉDIC, aux termes du texte, « *sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci* ».

S'agissant des contributions d'assurance chômage qui par exception à la règle générale sont recouvrées par Pôle Emploi, les caisses de mutualité sociale agricole, la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon, la caisse de sécurité sociale de Mayotte et le guichet unique du spectacle occasionnel <sup>(2)</sup>, la prise en charge de la part exonérée sera centralisée par l'ACOSS, sur la base des informations transmises par les organismes de recouvrement. Puis l'ACOSS reversera les montants correspondants aux allègements à l'UNÉDIC.

---

(1) Dans la généralité des cas, car certains employeurs bénéficieront dès le 1<sup>er</sup> janvier de l'intégralité du renforcement de l'allègement général (cf. supra le commentaire de l'article 8).

(2) Organismes de recouvrement désignés par, respectivement : les a) et e) de l'article L. 5427-1 du code du travail, le b), le d) et le f) du même article, et enfin l'article L. 133-9 du code de la sécurité sociale.

Afin d'assurer une prise en charge « à l'euro l'euro » par l'ACOSS, il est prévu que les branches du régime général assurent l'équilibre financier de l'ACOSS au titre de cette mission. La répartition de cette charge nouvelle se fera par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, en fonction des soldes prévisionnels des branches.

● L'organisation ainsi mise en place de la prise en charge par l'ACOSS des cotisations patronales de retraite complémentaire et d'assurance chômage permet d'abroger le III de l'article 9 de la LFSS 2018, qui prévoyait à peu près dans les mêmes termes le même dispositif. Cette abrogation est opérée par le **X**.

## **2. La réaffectation / réorganisation des contributions sociales sur le capital**

### ***a. La création d'un nouveau prélèvement de solidarité, affecté à l'État***

Le 1° du **III** rétablit une section VIII dans le chapitre III du titre premier de la première partie du livre premier du code général des impôts, composée d'un unique article 235 *ter*, et intitulée « *Prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement* ».

Le I de l'article 235 *ter* nouveau institue :

– un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine, revenus définis par renvoi à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale (assiette de la CSG patrimoine) ;

– un prélèvement de solidarité sur les revenus de placement, revenus définis par renvoi à l'article L. 136-7 du même code (assiette de la CSG placement).

Le II de l'article 235 *ter* prévoit que chacun de ces prélèvements est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles, sûretés, privilèges et sanctions que les cédules de CSG correspondantes.

Le III fixe leur taux à 7,5 %, soit la somme des prélèvements supprimés (cf. *infra*) et de 0,7 point de CSG capital, « transférés » ainsi à l'État. C'est le **a**) du 5° du I qui réduit le taux de CSG sur les revenus du capital de 9,9 à 9,2 %.

### ***b. La suppression de l'actuel prélèvement de solidarité***

Par coordination, le 2° du **III** abroge l'article 1600-0-S du code général des impôts, qui détermine le régime de l'actuel prélèvement de solidarité. La rédaction de l'article 235 *ter* nouveau est identique à celle de l'actuel article 1600-0-S, à deux exceptions près : le taux de 2 % seulement, et un IV prévoyant l'affectation du prélèvement de solidarité à l'État.

Ce IV a été introduit par la LFSS 2018, car l'article 1600-0-S se trouve dans la partie du code consacrée à la fiscalité affectée en principe aux organismes de sécurité sociale. Il est donc plus logique de ramener le prélèvement de solidarité dans la partie du code consacrée à la fiscalité d'État, par la création de l'article 235 *ter*.

### ***c. La suppression du prélèvement social***

#### **i. Le principe**

Le 7° du **I** abroge la section 5 du chapitre 5 du titre 4 du livre 2 du code de la sécurité sociale, qui contient les articles L. 245-14, L. 245-15 et L. 245-16, relatifs au prélèvement social.

Par coordination, le 2° du **III** abroge l'article 1600-0 F *bis* du code général des impôts, qui renvoie à ces articles la fixation des règles relatives au prélèvement social.

#### **ii. Les conséquences sur les recettes du FSV**

L'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale prévoit que le FSV est financé par une fraction de CSG et une fraction du prélèvement social, pour une part correspondant à un taux de 3,12 % <sup>(1)</sup>.

Le 3° du **I** du présent article procède à une rédaction globale de l'article L. 135-3, qui supprime l'affectation au FSV d'une fraction du prélèvement social.

#### **iii. Les conséquences sur les recettes de la CNSA**

Les 2° et 3° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles prévoient l'affectation à la CNSA de la CSA et d'une fraction du prélèvement social, pour une part correspondant à un taux de 1,38 %.

Le **a)** du 1° du **II** du présent article substitue aux actuels 2° et 3° un 3° nouveau, qui affecte à la CNSA une fraction de CSG.

L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles prévoit que la CNSA retrace ses ressources et ses charges en sections – et parfois sous-sections – distinctes. Les **a)** à **f)** du 2° du **II** procèdent, pour les sections I à IV, à deux modifications identiques :

– la suppression de la référence à la CSA (premier tiret des **a)** à **d)** et seconde modification prévue au **f)**) ;

---

(1) Le solde étant affectée à la CNSA (pour une part correspondant donc à un taux de 1,38 %, puisque le taux du prélèvement social est de 4,5%).

– la répartition, le cas échéant dans une fourchette, de la fraction de CSG affectée à l’avenir à chaque section et sous-section, en lieu et place des fractions du prélèvement social (cf. tableau ci-dessous).

**ORGANISATION DE LA CNSA ET AFFECTATION DU PRODUIT DE CSG**

Sections	Sous-sections	Fraction du produit de CSG affectée à l’avenir	Base juridique dans le 2° du II du présent article
Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	Sous-section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées	1,8 à 2,5 %	Second tiret du <i>a)</i>
	Sous-section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées	7,1 %	Second tiret du <i>b)</i>
Section II Allocation personnalisée d’autonomie		64,3 à 67,5 %	Second tiret du <i>c)</i>
Section III Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées		4,6 à 5,4 %	Second tiret du <i>d)</i>
Section IV Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de services exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées		3,3 à 8,2 %	<i>e)</i>
Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d’autonomie	Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées		
	Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées		
Section VI Frais de gestion de la Caisse			

Source : *commission des affaires sociales.*

**iv. Diverses mesures de coordination**

L’article L. 136-6-1 du code de la sécurité sociale prévoit que la CSG sur les revenus du patrimoine, jusqu’alors payée avec une année de décalage par rapport à la perception des revenus (en N+1 pour des revenus de N), soit à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 acquittée dès l’année N, avec un système d’acompte suivi d’une régularisation. Il s’agit là d’une des conséquences de la mise en œuvre du prélèvement à la source de l’impôt sur le revenu (IR), dans le détail duquel il n’est pas utile d’entrer dans ce commentaire. Il suffit de retenir que les revenus du patrimoine seraient soumis – après détermination d’une assiette spécifique à l’acompte d’IR, transposable ici – au taux cumulé de l’ensemble des prélèvements sociaux sur le capital. Le 4° du I du présent article modifie la liste des

prélèvements concernés, substituant à la pluralité des prélèvements actuels le prélèvement unique de l'article 235 *ter* du code général des impôts.

Le 6° du I procède à la même coordination à l'article L. 138-21, relatif aux modalités de déclaration et de versement des prélèvements sociaux sur le capital.

Les V et VI font de même, respectivement au F du II de l'article 28 de la loi de finances rectificative pour 2017 <sup>(1)</sup> et au deuxième alinéa du M du II de l'article 60 de la loi de finances pour 2017 <sup>(2)</sup>.

### **3. La non-compensation de l'exonération des heures supplémentaires**

Le 1° du I du présent article complète le dernier alinéa de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, pour prévoir explicitement une exception au principe de compensation des exonérations de cotisations sociales, s'agissant en l'espèce des cotisations salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires prévue par l'article 7 du PLFSS.

### **4. Les conséquences de la suppression de la taxe sur les farines en PLF**

Le *b*) du 2° du IV supprime la taxe sur les farines alimentaires de la liste des ressources du régime complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles, du fait de la suppression de cette taxe par l'article 9 du PLF.

Le 5° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime affecte au régime de protection sociale de base des non-salariés agricoles une fraction du droit de consommation sur les alcools, fixée en l'état du droit à 55,07 %. Le 1° du IV du présent article ramène ce taux à 53,08 %. Ces 2,69 points d'écart sont transférés au RCO des non-salariés agricoles, qui percevra à l'avenir 6,87 % du droit de consommation sur les alcools, et plus 4,18 % (modification du troisième alinéa de l'article L. 732-58 du code rural et de la pêche maritime par le *a*) du 2° du IV du présent article). Le régime agricole de base se trouvera *ipso facto* compensé par le régime général, auquel il est financièrement intégré.

### **5. La réaffectation du produit de la CSG, en faveur notamment de l'UNÉDIC**

• Le *b*) du 2° du I réintroduit dans l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale un 3°, abrogé en l'état du droit. Ce 3° nouveau prévoit l'affectation du produit de certaines cédules de CSG, à savoir la CSG sur les revenus d'activité, sur les jeux de La Française des jeux, et sur les revenus de remplacement assujettis à des taux dérogatoires <sup>(3)</sup>. En l'état du droit, l'affectation de ces cédules de CSG est prévue par le IV de l'article L. 136-8.

---

(1) Loi n° 2017-1775 du 28 décembre 2017.

(2) Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016.

(3) Cf. supra le commentaire de l'article 11 pour plus de détails sur les assiettes et les taux de CSG.



Le *a*) du 3° nouveau de l'article L. 131-8 prévoit l'affectation à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF, branche famille du régime général) du produit des cédules concernées pour la part correspondant à un taux de 0,95 % (contre 0,85 % en l'état du droit – 1° du IV de l'article L. 136-8).

Le *b*) du 3° nouveau de l'article L. 131-8<sup>(1)</sup> prévoit que les régimes obligatoires d'assurance maladie perçoivent une part du produit de la CSG. Les modalités de répartition du produit de cette CSG « maladie » sont déterminées variablement selon l'affectataire :

– pour la CSG sur les revenus d'activité, affectée à l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, la répartition doit se faire « *en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime* »<sup>(2)</sup> ;

– la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), c'est-à-dire la branche maladie du seul régime général, est seule affectataire de la CSG assise sur les autres revenus ;

– pour les régimes non intégrés financièrement à la CNAM<sup>(3)</sup>, la répartition se fait par décret, sans procédure particulière.

Les quotités de CSG affectées aux régimes d'assurance maladie sont modifiées par rapport au droit existant :

– la fraction de CSG sur les revenus d'activité et de remplacement est ramenée de 7,75 à 5,97 % ;

– la fraction de CSG sur les jeux exploités par La Française des jeux est ramenée de 7,45 à 7,35 % ;

– la fraction de CSG sur les allocations chômage et les indemnités journalières de sécurité sociale (IJSS) est ramenée de 4,75 à 4,65 % ;

– la fraction de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité est ramenée de 6,85 à 5,03 % ;

– la fraction de CSG sur les revenus de remplacement modestes, assujettis de ce fait à un taux réduit ou nul, est ramenée de 3,8 à 2,25 %.

---

(1) Dont la rédaction est reprise du 4° du IV de l'article L. 136-8, modulo les modifications de taux décrites infra.

(2) Cette rédaction, résultant de l'article 24 de la LFSS 2016 a pour objet de tenir compte de la réalité démographique des régimes affectataires.

(3) L'intégration financière signifie qu'un régime compense le déficit de l'autre – ce qui revient en pratique à verser une dotation d'équilibre –, les affiliés restant cependant gérés par des organismes distincts. La quasi-totalité des régimes sont aujourd'hui intégrés.

Le *c*) du 3° nouveau de l'article L. 131-8 prévoit l'affectation à la CADES d'une part de CSG correspondant à un taux de 0,6 %, dans la généralité des cas, et de seulement 0,3 % s'agissant de la CSG sur les jeux de La Française des jeux (comme le prévoit actuellement le 5° du IV de l'article L. 136-8).

Le *d*) du 3° nouveau de l'article L. 131-8 prévoit l'affectation à l'UNÉDIC d'une part de CSG sur les revenus d'activité correspondant à un taux de 1,45 %. Il s'agit d'affecter à l'UNÉDIC une ressource pérenne en compensation de la suppression définitive de la cotisation salariale d'assurance chômage.

Le *e*) du 3° nouveau de l'article L. 131-8 prévoit l'affectation au FSV d'une fraction de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité, pour une part correspondant à un taux de 1,72 %. Il s'agit d'une des mesures de compensation de l'affectation à l'État d'une partie des contributions sociales sur le capital.

Le *f*) du 3° nouveau de l'article L. 131-8 prévoit l'affectation à la CNSA d'une fraction de CSG sur les revenus d'activité et de remplacement, pour une part correspondant à un taux de 0,23 % (même logique).

Le 3° *bis* nouveau de l'article L. 131-8, repris du IV *bis* de l'article L. 136-8, prévoit l'affectation du produit de la CSG sur les revenus du capital :

– au FSV, pour la part correspondant à un taux de 8,6 %, contre 9,3 % en l'état du droit (*a*) du 3° *bis*). Il s'agit de tirer les conséquences de la réduction de 0,7 point du taux de cette cédule de CSG, « transférés » à l'État ;

– à la CADES, pour la part correspondant au taux – inchangé – de 0,6 % (*b*) du 3° *bis*).

Le 3° *ter* nouveau de l'article L. 131-8 prévoit l'affectation du produit de la CSG sur les jeux de casino, dans les mêmes conditions que celles actuellement prévues au V de l'article L. 136-8, à savoir :

– pour 18 % à la branche famille (*a*) du 3° *ter*) ;

– pour 82 % à la branche maladie (*b*) du 3° *ter*).

• Le *b*) du 5° du I abroge en conséquence les IV, IV *bis* et V de l'article L. 136-8, « rapatriés » à l'article L. 131-8, le cas échéant avec des modifications.

Toujours en conséquence du transfert vers l'article L. 131-8 des règles d'affectation du produit de la CSG, le *c*) du 5° du I modifie le 1 du VI de l'article L. 136-8, qui prévoit que l'ACOSS centralise et répartit le produit de la CSG, dans les conditions prévues audit article ; il convient donc de viser également, désormais, l'article L. 131-8.

**6. La modification des clés de répartition de la taxe sur les salaires, afin notamment de compenser les pertes spontanées de la branche vieillesse**

Le 1° l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale ventile le produit de la taxe sur les salaires <sup>(1)</sup> entre ses différents affectataires. Le *a*) du 2° du I du présent article procède à une nouvelle répartition des quotités de taxe sur les salaires :

– la branche vieillesse du régime général, qui en perçoit en l'état du droit 38,48 %, en percevra à l'avenir 46,34 % ;

– la branche famille, qui en perçoit en l'état du droit 48,87 %, en percevra à l'avenir 36,09 % ;

– la branche maladie, qui en perçoit en l'état du droit 12,65 %, en percevra à l'avenir 6,79 % ;

– l'ACOSS, qui n'en perçoit pas en l'état du droit, en percevra à l'avenir 10,78 % (au titre de la prise en charge des cotisations patronales d'assurance chômage se trouvant désormais dans le champ de l'allègement général).

C'est donc la branche maladie qui finance l'ACOSS, en toute neutralité compte tenu de la réaffectation à la CNAM, en 2019, de l'essentiel de la TVA.

\*

---

(1) Net des frais d'assiette et de recouvrement.

**ÉVOLUTION DE L’AFFECTATION DU PRODUIT DE LA TAXE SUR LES SALAIRES  
ET DE LA CSG ENTRE 2018 ET 2019**

	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Taxe sur les salaires (en % du produit)</b>		
<b>Branche vieillesse du régime général</b>	38,48 %	46,34 %
<b>Branche famille</b>	48,87 %	36,09 %
<b>Branche maladie</b>	12,65 %	6,79 %
<b>ACOSS</b>	–	10,78 %
<b>CSG sur les revenus d’activité et de remplacement, et sur le produit des jeux de La Française des jeux (pour une fraction correspondant à un taux)</b>		
<b>Branche famille</b>	0,85 %	0,95 %
<b>Régimes d’assurance maladie</b>		
<i>Sur les revenus d’activité</i>	7,75 %	5,97 %
<i>Sur les allocations chômage et les IJSS</i>	4,75 %	4,65 %
<i>Sur les pensions de retraite et d’invalidité</i>	6,85 %	5,03 %
<i>Sur les revenus de remplacement assujettis à un taux nul ou réduit</i>	3,8%	2,25 %
<i>Sur les jeux exploités par La Française des jeux</i>	7,35 %	7,45 %
<b>CADES</b>	0,6 %	0,6 %
<b>FSV (sur les pensions de retraite et d’invalidité)</b>	–	1,72 %
<b>UNÉDIC (sur les revenus d’activité)</b>	–	1,45 %
<b>CNSA (sur les revenus d’activité)</b>	–	0,23 %
<b>CSG sur les revenus du capital (pour une fraction correspondant à un taux)</b>		
<b>FSV</b>	9,3 %	8,6 %
<b>CADES</b>	0,6 %	0,6 %
<b>CSG sur les jeux de casino (en % du produit)</b>		
<b>Branche famille</b>	18 %	18 %
<b>Branche maladie</b>	82 %	82 %

Source : commission des affaires sociales.

## **B. DES MESURES PLUS DIVERSES**

### **1. L’évolution de l’affectation de la taxe sur les salaires et de la CSG entre 2020 et 2022, tenant compte de la reprise par la CADES de 15 milliards de dette sociale**

Les **XIV**, **XV** et **XVI** prévoient des évolutions de l’affectation du produit de la taxe sur les salaires et de certaines cédules de CSG, pour, respectivement, 2020, 2021, puis 2022 et les années suivantes.

Il s'agit de tenir compte de l'évolution prévisionnelle des besoins de chaque affectataire, compte tenu :

– de la trajectoire pluriannuelle des comptes sociaux, intégrant notamment la montée en charge du coût de l'exonération des heures supplémentaires et ses effets sur la branche vieillesse ;

– de la réduction, compte tenu des excédents à venir et des nouvelles relations financières entre l'État et la sécurité sociale, de la fraction de TVA affectée à l'avenir à la sécurité sociale (– 1,5 milliard en 2020, – 3,5 milliards en 2021 et – 5 milliards à compter de 2022) <sup>(1)</sup> ;

– de l'augmentation des quotités de CSG affectées à la CADES, afin de lui permettre de reprendre, en plusieurs étapes, les 15 milliards de déficits cumulés de l'ACOSS qui lui sont transférés par l'article 20 du présent projet de loi <sup>(2)</sup>.

---

(1) Réduction prévue par l'article 36 du PLF.

(2) Cf. commentaire infra.

**ÉVOLUTION DE L'AFFECTATION DU PRODUIT DE LA TAXE SUR LES SALAIRES  
ET DE CERTAINES CÉDULES DE CSG**

	<b>2019</b>	<b>2020 (XIV)</b>	<b>2021 (XV)</b>	<b>À compter de 2022 (XVI)</b>
<b>Taxe sur les salaires (en % du produit)</b>				
<b>Branche vieillesse du régime général</b>	46,34 %	53,10 % (a) du 1 <sup>o</sup> )*	52,53 %	52,30 %
<b>Branche famille</b>	36,09 %	19,35 % (b) du 1 <sup>o</sup> )	12,18 %	8,93 %
<b>Branche maladie</b>	6,79 %	16,77 % (c) du 1 <sup>o</sup> )	24,51 %	27,99 %
<b>CSG sur les revenus d'activité et de remplacement, et sur le produit des jeux de La Française des jeux (pour une fraction correspondant à un taux)</b>				
<b>Régimes d'assurance maladie</b>				
<i>Sur les revenus d'activité</i>	5,97 %	5,86 % (a) du 2 <sup>o</sup> )	5,74 %	5,64 %
<i>Sur les allocations chômage et les IJSS</i>	4,65 %	4,54 % (a) du 2 <sup>o</sup> )	4,42 %	4,32 %
<i>Sur les pensions de retraite et d'invalidité</i>	5,03 %	4,87 % (a) du 2 <sup>o</sup> )	4,69 %	4,54 %
<i>Sur les revenus de remplacement assujettis à un taux nul ou réduit</i>	2,25 %	2,14 % (a) du 2 <sup>o</sup> )	2,02 %	1,92 %
<b>CADES</b>	0,6 %	0,71 % (b) du 2 <sup>o</sup> o)	0,83 %	0,93 %
<b>FSV (sur les pensions de retraite et d'invalidité)</b>	1,72 %	1,77 % (b) du 2 <sup>o</sup> o)	1,83 %	1,88 %
<b>CSG sur les revenus du capital (pour une fraction correspondant à un taux)</b>				
<b>FSV</b>	8,6 %	8,49 % (3 <sup>o</sup> )	8,37 %	8,27 %
<b>CADES</b>	0,6 %	0,71 % (3 <sup>o</sup> )	0,83 %	0,93 %

\* Les références renvoient au dispositif du présent article, en l'occurrence au a) du 1<sup>o</sup> du XIV. Indiquées seulement pour le XIV, les références sont les mêmes pour les XV et XVI, construits sur le même modèle.

Source : commission des affaires sociales.

## **2. La désaffectation du produit du prélèvement sur les appels surtaxés, supprimé en PLF**

Le c) du 2<sup>o</sup> du I du présent article modifie le 5<sup>o</sup> de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, pour supprimer la mention de l'affectation à la branche vieillesse du prélèvement sur le produit des appels à des numéros surtaxés effectués dans le cadre des programmes télévisés et radiodiffusés comportant des jeux et concours.

L'article 9 du PLF prévoit en effet la suppression de ce prélèvement prévu à l'article L. 137-19, comme d'une série d'autres taxes à faible rendement (en l'espèce, 3 millions d'euros).

La coordination législative à laquelle se résume ce dispositif aurait pu trouver sa place naturelle en PLF, mais sa présence dans cet article pimente incontestablement le jeu de piste.

### **3. Le possible transfert d'une fraction de taxe spéciale sur les conventions d'assurance à la société Action Logement Services**

L'article 52 du PLF prévoit de supprimer l'exonération de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) dont bénéficient les contrats d'assurance-décès souscrits en garantie du remboursement d'un prêt. Le produit issu de cette nouvelle imposition sera affecté à la société Action Logement Services, dans la limite des règles de plafonnement des taxes affectées (plafonnement prévu par l'article 46 de la loi de finances pour 2012<sup>(1)</sup>, modifié donc par l'article 52 du PLF 2019).

Le **XI** du présent article prévoit que si ce plafond n'est pas atteint en 2019, 2020 ou 2021, Action Logement Services se voit également affecter, afin de saturer le plafond, une partie de la fraction de TSCA affectée, en application du *b*) de l'article 1001 du code général des impôts, à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général.

### **4. L'extension des missions de la CNSA**

#### ***a. Faciliter la participation de la CNSA aux missions du Fonds d'intervention régional***

L'article L. 1435-8 du code de la santé publique définit le rôle du Fonds d'intervention régional (FIR), qui «*finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :*

*1° à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;*

*2° à l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;*

*3° à la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;*

*4° à l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;*

---

(1) Loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011.

*5° au développement de la démocratie sanitaire ».*

L'étude d'impact indique, sans que cela ressorte clairement de textes assez abscons, que seule la section I de la CNSA peut contribuer à ces actions, mais que « *les financements issus des autres sections du budget de la CNSA ne peuvent être portés le FIR [sic], ce qui constitue une source de complexité pour les agences régionales de santé* ». Faute de temps pour expertiser le diagnostic, on s'en remettra donc au traitement prescrit par le Gouvernement, à savoir la mention expresse de la possibilité, pour les sections IV et V de la CNSA, de contribuer au FIR pour certaines actions.

Le **g**) du **2°** du **II** du présent article complète en ce sens l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, par un **VIII** nouveau. La CNSA soutiendrait, dans ce cadre, « *des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et handicapées* ».

***b. Permettre un financement exceptionnel des services d'aide et d'accompagnement à domicile par la CNSA***

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) rassemblent des prestataires dont l'exercice des missions auprès des personnes âgées et handicapées est autorisé par les conseils départementaux. L'étude d'impact indique que « *le secteur de l'aide à domicile [...] rencontre des difficultés économiques structurelles et doit se moderniser pour faire face aux besoins et attentes des personnes âgées et des personnes en situation de handicap* ». On croit comprendre à la lecture de la même source que l'une de clés de cette modernisation est la réforme des modalités de financement de ces services, sachant que les modalités actuelles ne sont nullement décrites.

Mais des travaux ont été lancés lors du Comité de pilotage national de refondation de l'aide à domicile du 27 septembre 2017, travaux qui notamment « *visent à définir une architecture de financement rénovée [permettant] aux conseils départementaux de financer des engagements spécifiques de certains SAAD pour garantir l'accessibilité financière et géographique des services à tous les usagers* »<sup>(1)</sup>.

Le Gouvernement prévoit l'octroi de 50 millions d'euros à ces travaux, en provenance du budget de la CNSA.

Le **VII** permet donc à la section IV de la CNSA de « *contribuer à la réforme du financement de 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* ». La contribution de la CNSA est limitée à 50 millions d'euros.

---

(1) Étude d'impact.



### C. LES DISPOSITIONS D'ENTRÉE EN VIGUEUR

• Le **XII** prévoit que les dispositions du présent article relatives aux cotisations et contributions sociales et à l'affectation de leur produit entrent en vigueur pour l'année 2019.

Pour ce faire, son 1° prévoit que, par principe, les dispositions des I à VI, VIII et IX s'appliquent aux faits générateurs intervenant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Le 2° prévoit que, par exception, les prélèvements assis sur les revenus du patrimoine acquis en 2018 – imposés en 2019 – se voient appliquer les nouvelles règles définies au présent article <sup>(1)</sup>.

Le 3° prévoit que les nouvelles règles définies par le présent article s'appliqueraient également, dès 2019, aux revenus de placement se trouvant dans le champ de l'acompte prévu à l'article L. 136-6-1.

Le 4° prévoit l'application des nouvelles règles prévues par le présent article aux seuls produits acquis ou constatés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, s'agissant des produits de placement pour lesquels continue de s'appliquer le régime dit des taux historiques, en application des C et D de l'article 8 de la LFSS 2018 <sup>(2)</sup>.

• Le **XIII** prévoit que les plus-values d'apport-cession, placées en sursis d'imposition dans les conditions prévues à l'article 150-0 B *ter*, sont assujetties au moment de leur imposition aux prélèvements sociaux aux taux en vigueur l'année de leur réalisation.

\*

\* \*

---

(1) Sous réserve du II de l'article 34 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016, qui prévoit que les plus-values de cession de valeurs mobilières sont assujetties aux prélèvements sociaux aux taux en vigueur au moment de leur réalisation.

(2) Pour plus de détails sur ce régime d'une complexité diabolique, on se reportera utilement au commentaire en nouvelle lecture de l'article 7 du PLFSS 2018 – devenu article 8 de la loi – par le rapporteur général : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r0423.pdf>, pages 13 à 26.

*Article 20*

**Reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 20 prévoit de transférer à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) 15 milliards d'euros de déficits accumulés par le régime général de sécurité sociale entre 2014 et 2018, et actuellement portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui n'a pas vocation à financer de dette de long terme. Le reliquat des déficits (environ 12 milliards d'euros fin 2018) a vocation à être apuré par les excédents à venir du régime général.

C'est d'ailleurs l'amélioration très significative des comptes sociaux qui permet la reprise de dette par la CADES sans allonger sa durée de vie au-delà de 2024, et sans augmenter le niveau des prélèvements obligatoires. Les règles constitutionnelles obligent à assortir le transfert de dette de l'affectation à la CADES d'une recette à due concurrence ; en l'occurrence, l'affectation d'une fraction supplémentaire de contribution sociale généralisée (CSG) se fera sans accroissement de la pression fiscale, et sans dégradation de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

Les conditions précises d'affectation de la CSG, à compter de 2020, sont définies dans l'article 19. Le présent article pose le principe de la reprise de dette par la CADES ; les montants et dates des reprises, entre 2020 et 2023, seront définis par décret.

**I. LE DROIT EXISTANT**

**A. RAPPEL DU RÔLE DE LA CAISSE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE**

• La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative à l'amortissement de la dette sociale, afin de financer – c'est-à-dire *in fine* de rembourser aux créanciers – la dette sociale qui lui est transférée par la loi et qui résulte elle-même, originellement, des déficits du régime général de sécurité sociale.

Ces déficits contreviennent au principe d'équilibre du régime général<sup>(1)</sup>, dont il résulte que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ne consent que des « avances de trésorerie » infra-annuelles, et ne finance pas l'endettement pérenne des branches. La création d'un établissement public dédié est donc apparue comme la réponse adaptée à l'amortissement d'une dette constituée en dépit du principe d'équilibre, et contre la pure logique économique qui voudrait que l'endettement public serve à financer des dépenses d'investissement et non des prestations sociales.

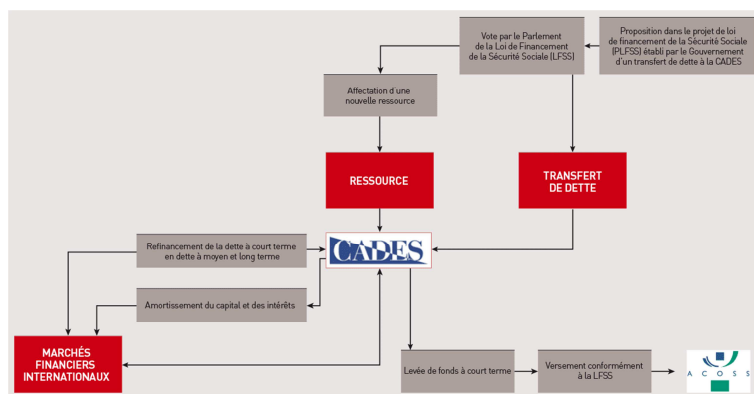
Concrètement, la CADES prend à sa charge les déficits portés par l'ACOSS et emprunte sur les marchés financiers, au moyen d'instruments variés,

---

(1) L'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale dispose en effet que « l'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer ».

les montants nécessaires à l'amortissement du capital de la dette et au paiement de ses intérêts. Ces emprunts sont eux-mêmes remboursés progressivement par les ressources propres affectées à la Caisse, au premier rang desquelles la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), créée par la même ordonnance. Initialement prévue jusqu'en 2009, la durée de vie de la CADES a été progressivement allongée, du fait des transferts successifs de déficits. Parallèlement, le panel de ses ressources propres s'est diversifié, au-delà de la seule CRDS (cf. *infra*).

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES D'UNE REPRISE DE DETTE



Source : CADES, citée par l'étude d'impact.

- En 2018, la CADES devrait percevoir 17,8 milliards d'euros de recettes et amortir 15,4 milliards d'euros de dette, pour un total amorti depuis sa création s'élevant à 155,1 milliards. Le montant restant à amortir serait, toutes choses égales par ailleurs, de 105,4 milliards.

## B. CHRONIQUE DES MODIFICATIONS LÉGISLATIVES INTERVENUES DEPUIS 2005

Sans entrer dans un détail qui excède le champ de ce commentaire – et que l'on peut au demeurant retrouver dans l'annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale, retraçant entre autres les comptes de la CADES –, il faut retenir quelques éléments de son histoire.

- Jusqu'en 2005, les reprises de déficits successives ont eu pour conséquence des allongements de la durée de vie de la CADES, de 2009 initialement à 2021.

- L'article 20 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) a modifié l'ordonnance de 1996, en prévoyant que tout nouveau transfert de déficits à la CADES soit accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale.

● L'article 1<sup>er</sup> de la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale a dérogé au principe posé par la LOLFSS, en permettant d'allonger de quatre ans la durée d'amortissement de la dette, soit jusqu'en 2025. Le même article a en outre précisé que l'assiette des impositions de toute nature affectées à la CADES doit porter sur l'ensemble des revenus perçus par les personnes physiques.

● Dans sa décision relative à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011, qui a de fait procédé à l'allongement de la CADES, le Conseil constitutionnel a formulé une réserve d'interprétation, jugeant cet allongement conforme à la Constitution à condition que les transferts ultérieurs de ressources à la Caisse n'aient pas pour conséquence « *une dégradation des conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale* »<sup>(1)</sup>. Autrement dit, le transfert de nouveaux déficits à la CADES doit être neutre pour le régime général et les organismes concourant à son financement, ce qui, lorsque les comptes de la sécurité sociale ne sont pas excédentaires, n'est possible qu'au prix d'une augmentation des prélèvements obligatoires.

● L'article 9 de la LFSS 2011<sup>(2)</sup> a procédé à la dernière reprise de déficits par la CADES, qui s'est vue transférer un maximum de 130 milliards d'euros<sup>(3)</sup> :

– 68 milliards au plus dès 2011, correspondant au déficit cumulé en 2009 et 2010 du régime général (hors branche accidents du travail et maladies professionnelles) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), ainsi qu'au déficit prévisionnel des branches famille et maladie pour 2011 ;

– 62 milliards au plus entre 2011 et 2018, dans la limite de 10 milliards par an, correspondant au déficit prévisionnel de la branche vieillesse et du FSV au titre de ces années.

Le financement de chacun des deux volets de ce transfert a été assuré par, respectivement :

– l'affectation à la CADES de 0,28 point de contribution sociale généralisée (CSG), bénéficiant antérieurement à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;

– la combinaison de deux recettes provenant du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) :

---

(1) Décision n° 2010-620 DC, 16 décembre 2010, considérant 6 :

<https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2010/2010620DC.htm>

(2) Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010.

(3) Dans un contexte de dégradation des comptes sociaux, résultant de la crise économique de 2008-2009, ayant eu pour effet de porter à un niveau record les avances consenties par l'ACOSS (plafond de 65 milliards d'euros), en réalité pour le financement d'une dette pérenne et non d'un besoin de trésorerie ponctuel.

- d'une part, l'affectation de 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital ;
- d'autre part, un versement annuel de 2,1 milliards d'euros, jusqu'en 2024.

● L'article 16 de la LFSS 2014 <sup>(1)</sup> a tiré les conséquences positives attendues de la réforme des retraites, intervenue immédiatement après avec la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Cette réforme devait en effet avoir pour conséquence un quasi-équilibre de la branche vieillesse à horizon 2020, contre un déficit attendu de près de 8 milliards d'euros (pour cette seule année) avant réforme.

Les marges de manœuvre ainsi dégagées permettaient d'envisager, dans le respect du double plafond de 62 milliards sur la période et de 10 milliards par an, de faire reprendre à la CADES d'autres déficits que ceux de la branche vieillesse et du FSV.

La LFSS 2014 a donc procédé à un élargissement du champ des déficits pouvant être repris dans ces limites, à ceux des branches maladie et famille <sup>(2)</sup>. Elle a par ailleurs tenu compte de l'évolution des perspectives financières depuis l'entrée en vigueur de la LFSS 2011, et donc ramené de 2018 à 2017 la dernière année de reprise de déficits, afin de s'assurer que soit bien respecté le plafond de 62 milliards.

● L'article 26 de la LFSS 2016 <sup>(3)</sup> a supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros introduit par la LFSS 2011, afin de permettre la reprise par la CADES, dès 2016 de la somme des déficits qui auraient dû être progressivement repris entre 2016 et 2018 (soit 23,6 milliards, saturant le plafond de 62 milliards). Il s'agissait de profiter des taux d'intérêt alors historiquement bas auxquels la CADES se refinançait sur les marchés, en se prémunissant ainsi d'un éventuel risque de remontée des taux.

● L'article 24 de la même loi a simplifié la structure de financement de la CADES, qui repose désormais sur les recettes suivantes :

– la CRDS, qui frappe au taux de 0,5 % l'ensemble des revenus des personnes physiques ;

– une fraction de CSG, à hauteur de 0,6 point sur les revenus d'activité et de 0,3 point sur les revenus des jeux de La Française des jeux ;

– un versement annuel du FRR, de 2,1 milliards d'euros.

---

(1) Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013.

(2) Étant précisé que, si les montants de dette dépassent l'un ou l'autre des plafonds, la reprise porte prioritairement sur les déficits de la branche vieillesse et du FSV, avant les branches maladie et famille.

(3) Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.

## II. LE DROIT PROPOSÉ

### A. LA REPRISE DE 15 MILLIARDS D'EUROS DE DETTE PAR LA CADES, SANS ALLONGEMENT DE SA DURÉE DE VIE ET SANS AUGMENTATION DES PRÉLÈVEMENTS OBLIGATOIRES

● À la fin de l'année 2018, le montant cumulé des déficits de trésorerie des années antérieures portés par l'ACOSS s'élèverait à 27 milliards d'euros.

Dans un contexte de retour à l'équilibre des comptes sociaux, le Gouvernement estime que « *l'apurement de la dette sociale résiduelle peut et doit donc être mis en œuvre comme dernière étape de résorption du "trou" de la sécurité sociale, afin de respecter l'engagement essentiel de ne pas transmettre aux générations futures les dettes constituées par le fonctionnement même du système de protection sociale* »<sup>(1)</sup>.

Au surplus, si les conditions de financement à court terme dont bénéficie l'ACOSS sont particulièrement favorables aujourd'hui – les taux d'intérêt étant toujours négatifs –, un retournement des conditions de marché ne doit jamais être exclu, et les conditions d'emprunt de la CADES à long terme, nécessairement un peu plus coûteuses, sont toutefois très raisonnables (taux de refinancement global inférieur à 2 %).

En l'état du droit, il n'est pas possible de transférer de nouvelle dette à la CADES sans modifier la loi :

– organique, s'il s'agit de prolonger la durée de vie de la CADES ;

– ou ordinaire, s'il s'agit de lui transférer de nouvelles recettes pour lui permettre d'amortir la nouvelle dette qui lui serait transférée avant la date prévue pour son extinction (ramenée de 2025 à 2024 par les dernières prévisions).

● C'est – par construction – la seconde option qui est retenue dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui prévoit :

– de transférer à la CADES 15 milliards de déficits actuellement portés par l'ACOSS, le reliquat ayant vocation à être apuré par les excédents à venir<sup>(2)</sup> ;

– de lui affecter à ce titre une fraction supplémentaire de CSG, dans des conditions décrites *supra* dans le commentaire de l'article 19. Ici, il suffit de retenir que le rétablissement des comptes sociaux permet d'affecter davantage de CSG à la CADES sans dégrader le solde des régimes de base – ce qui serait contraire aux prescriptions du Conseil constitutionnel –, ni accroître les prélèvements obligatoires.

---

(1) *Étude d'impact.*

(2) *Cf. infra le commentaire de l'article 26.*

Le principe du transfert sera inscrit dans l'ordonnance de 1996 dès la LFSS 2019, mais les reprises interviendront à compter de 2020, dans des conditions fixées par décret ; le montant de la première reprise devrait être de 6 milliards d'euros, selon l'étude d'impact.

C'est également à compter de 2020 que la CADES percevra une fraction supplémentaire de CSG, à hauteur de 1,5 milliard par an à compter de 2020, 2 milliards par an à compter de 2021 et 1,5 milliards par en 2022 comme en 2023 (soit un total de 15 milliards = 4 X 1,5 milliard + 3 X 2 milliards + 2 X 1,5 milliard)<sup>(1)</sup>.

## B. LE DISPOSITIF JURIDIQUE

• Le 1° du présent article insère un II *septies* nouveau à l'article 4 de l'ordonnance de 1996, composé de trois alinéas.

Le premier alinéa prévoit la couverture par la CADES, dans la limite de 15 milliards d'euros, des déficits des exercices 2014 à 2018 :

– des branches maladie, vieillesse et famille du régime général ;

– déduction faite de la part des déficits des exercices 2014 et 2015 couverte par la dernière reprise, opérée en LFSS 2011 et prévue au II *quinquies* de l'article 4 de l'ordonnance.

Le deuxième alinéa prévoit que si le montant des déficits cumulés excède 15 milliards d'euros – ce qui est le cas puisqu'il est de 27 milliards –, la CADES couvre par priorité :

– les déficits les plus anciens ;

– s'agissant du dernier exercice – 2018 –, les déficits des branches dans l'ordre précité (maladie, vieillesse, famille).

Le troisième alinéa prévoit que les montants et dates de reprise sont fixés par décret, comme c'est classiquement le cas.

• Le 2° de l'article 6 de l'ordonnance prévoit l'affectation à la CADES d'une fraction de CSG, dans les conditions définies aux IV et IV *bis* de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

Ces IV à IV *bis* sont supprimés par l'article 19, qui prévoit que les règles d'affectation de la CSG à la CADES seront à l'avenir déterminées par les *c*) du 3° et *b*) du 3° *bis* de l'article L. 131-8 du même code.

---

(1) L'étude d'impact indique qu'« il semble en effet raisonnable au Gouvernement de ne pas inclure 2024 comme année de rendement des recettes affectées, dans une logique de prudence et de bonne gestion, compte tenu d'extinction [*sic*] prévue en cours de cette même année ».

En conséquence, le 2° du présent article modifie le visa du 2° de l'article 6 de l'ordonnance.

\*  
\* \*

### *Article 21*

## **Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5**

### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 21 approuve le montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5 du projet de loi. Prévue par l'article 2 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), cette annexe garantit l'information du Parlement sur l'ensemble des mesures d'exonération de cotisations ou contributions et leur compensation.

Cet article amorce le processus de rationalisation des compensations d'exonérations, première traduction du rapport relatif aux relations financières entre l'État et la sécurité sociale remis par le Gouvernement au Parlement en octobre 2018. Cette rationalisation est d'autant plus indispensable qu'elle intervient au moment de la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) en allègement pérenne de cotisations sociales, portant le montant des allègements généraux à 57 milliards d'euros en 2019.

Au total, le montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale s'élèvera à 5,6 milliards d'euros en 2019, aux termes de l'annexe 5 ratifiée par l'article 21.

## **I. L'APPLICATION DIFFÉRENCIÉE DU PRINCIPE DE COMPENSATION**

Consacré en 1994, parallèlement à la montée en charge des dispositifs d'allègements, le principe de compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales a fait l'objet de nombreuses déclinaisons tendant à brouiller les circuits financiers entre l'État et la sécurité sociale. La rationalisation des règles de compensation est apparue, dans ce contexte, indispensable.

### **A. L'ORIGINE : LA MULTIPLICATION DES ALLÈGEMENTS DE COTISATIONS SOCIALES**

Initiées dans les années 1990, les politiques de réduction du coût du travail ont reposé sur des allègements de cotisations sociales, tantôt généraux, tantôt ciblés.

- Les allègements généraux, en premier lieu, visent à réduire le coût du travail des salaires inférieurs à un certain niveau.



De multiples formes se sont succédé depuis 1993, année d'instauration de la réduction de la part patronale des cotisations d'allocations familiales jusqu'à 1,2 SMIC. L'ensemble des dispositifs ont ensuite été fusionnés en 2003 sous la forme des « allègements Fillon », qui correspondent à la réduction de cotisations de 26 points au niveau du SMIC, cette réduction étant ensuite dégressive jusqu'à 1,7 SMIC. Ce seuil a été abaissé à 1,6 SMIC en 2005.

Outre l'instauration du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), les politiques de diminution du coût du travail ont ensuite amplifié la réduction des cotisations sociales. À compter de 2014, les salaires au niveau du SMIC ont ainsi fait l'objet d'une suppression totale de cotisations sociales. Jusqu'à 1,6 SMIC, l'exonération de la part patronale de cotisations famille est totale, et réduite à 1,8 point entre 1,6 SMIC et 3,5 SMIC.

Dernière réforme majeure, la transformation du CICE et du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) en allègements pérennes de cotisations sociales au niveau du SMIC dépasse le champ strict de la sécurité sociale et viendra réduire la part patronale des cotisations dues au titre de l'assurance chômage et de la retraite complémentaire AGIRC-ARRCO.

Au total, le montant des allègements généraux aurait atteint 31 milliards d'euros en 2018.

- Les allègements ciblés, en second lieu, visent à soutenir l'embauche dans des territoires ou des secteurs d'activité identifiés.

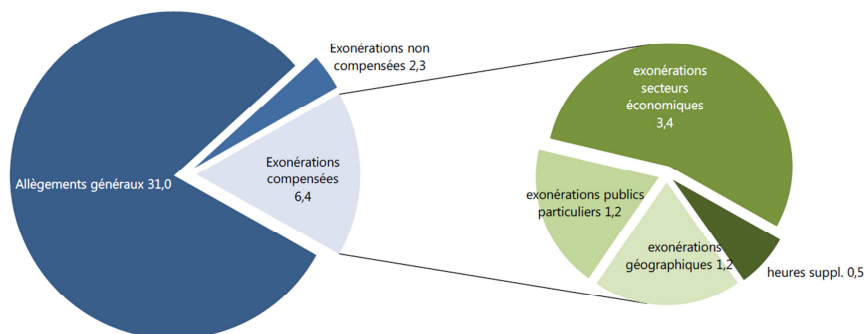
S'agissant des territoires, les exonérations ciblées couvrent pour l'essentiel les outre-mer – près d'un milliard d'euros par an – et les dispositifs de zones franches – tels que les zones franches urbaines (ZFU) ou les zones de revitalisation rurale (ZRR).

S'agissant des secteurs d'activité, l'essentiel du coût est orienté vers les salariés à domicile – près de 1,8 milliard d'euros en 2017.

Le coût total des allègements ciblés est estimé à plus de 7 milliards d'euros en 2018.

- Le montant cumulé des allègements généraux et des exonérations ciblées s'élèverait ainsi à près de 40 milliards d'euros en 2017, à la veille de la transformation du CICE et du CITS en allègements pérennes de cotisations sociales patronales.

## RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'EXONÉRATIONS EN 2017



Source : Annexe 5 du PLFSS pour 2019.

### B. LE PRINCIPE : LA COMPENSATION DE TOUTE PERTE DE RECETTES POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Faisant peser sur la sécurité sociale une politique de soutien à l'emploi, l'instauration des premiers allègements de cotisations sociales a rendu nécessaire la définition d'un principe de compensation à la sécurité sociale de toute perte de recettes associée à une réduction ou une exonération de cotisations sociales.

Ce principe tirait, dans le même temps, les conséquences de la diversification des ressources de la sécurité sociale – dans le cadre de la montée en puissance de la contribution sociale généralisée (CSG) – et de la multiplication des transferts financiers entre l'État et la sécurité sociale.

Introduit par la loi dite « Veil » du 25 juillet 1994<sup>(1)</sup>, le principe de compensation a été codifié à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Ce dernier dispose ainsi que « toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale (...) donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État pendant toute la durée de son application ».

Toute absence de compensation constitue donc une exception et doit donc être prévue par une disposition législative expresse.

Progressivement élargi, le principe a vu sa portée renforcée par l'adoption de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS)<sup>(2)</sup>, cette dernière prévoyant, à son article 1<sup>er</sup>, que « seules des lois de financement peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de

(1) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

(2) Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

*base* ». L'absence de compensation d'une exonération ou réduction de cotisations relève donc du domaine exclusif des LFSS.

### **C. LA PRATIQUE : UNE COMPENSATION VARIABLE, PRENANT SOUVENT LA FORME D'UN TRANSFERT « POUR SOLDE DE TOUT COMPTE »**

Les 25 années d'application du principe de compensation ont conduit à s'éloigner d'une compensation stricte – et ce dans un contexte de transferts de plus en plus nombreux entre l'État et la sécurité sociale – à au moins deux titres.

D'une part, les dérogations au principe de compensation se sont multipliées, y compris pour les exonérations ciblées. Environ la moitié des exonérations ciblées auraient ainsi été compensées à la sécurité sociale depuis l'origine. Un mouvement inverse a néanmoins été enclenché en 2017, plus de 80 % des exonérations ciblées étant désormais compensées, essentiellement par les crédits budgétaires des missions « Travail et emploi » et « Outre-mer ».

D'autre part, s'agissant des allègements généraux, la compensation stricte – dite « à l'euro l'euro » – a progressivement laissé la place à une compensation « pour solde de tout compte ». Tirant les conséquences de la montée en charge des allègements généraux, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a ainsi complété l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale par une exception au principe de compensation budgétaire – le champ de cette exception étant aménagé au rythme des réformes conduites en matière d'allègements.

Sont ainsi désormais explicitement sortis du champ de la compensation stricte les allègements généraux de cotisations sociales, la réduction de taux de cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie des travailleurs indépendants et l'abattement d'assiette au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

## **II. L'INITIATION EN 2019 D'UNE COMPENSATION RATIONALISÉE**

Tirant les conséquences d'une compensation à géométrie variable, le PLFSS pour 2018 amorce le processus de rationalisation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, dont le détail est décliné dans l'annexe 5.

Cette rationalisation s'appuie notamment sur les recommandations du rapport du Gouvernement au Parlement remis le 8 octobre 2018, résultant lui-même de la mission confiée à MM. Christian Charpy et Julien Dubertret.

## **A. LES PRÉCONISATIONS DU RAPPORT RELATIF AUX RELATIONS FINANCIÈRES ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE**

L'article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2018-2022<sup>(1)</sup> prévoit la remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport « *sur la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale* ». Attendu au premier trimestre 2018, ce rapport devait notamment détailler « *l'ensemble des compensations par type de mesure, en précisant s'il s'agit de compensation totale ou partielle* ».

Dans cette perspective, le Gouvernement a confié à MM. Christian Charpy et Julien Dubertret une mission destinée à dresser un état des lieux et à formuler des recommandations relatives aux relations financières entre l'État et la sécurité sociale. Le rapport remis par le Gouvernement au Parlement à l'automne 2018 s'appuie sur ces travaux.

Deux recommandations ciblent précisément l'enjeu de l'application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale :

– la première vise à faire évoluer les principes de compensation des mesures générales de baisses de prélèvements obligatoires. Dans le cas des allègements généraux, en particulier, le rapport interroge le principe de compensation intégrale dans le contexte d'un régime général de sécurité sociale excédentaire et de déficits répétés de l'État. Il envisage notamment d'en « *partager le coût à moyen terme selon une trajectoire compatible avec le remboursement de l'ensemble de la dette sociale à 2024* »<sup>(2)</sup> ;

– la seconde prévoit le maintien de la règle de compensation pour les exonérations ciblées. La piste d'un partage des coûts évoquée *supra* ne devrait donc pas s'appliquer pour ces exonérations, qui auraient pu prendre la forme de dotations budgétaires. Il est donc considéré comme « *vertueux que les ministères porteurs de ces politiques en assument la responsabilité* »<sup>(3)</sup>.

Cette dernière recommandation impliquerait que des exonérations ciblées aujourd'hui non compensées – telles que celles relatives aux stagiaires en milieu professionnel ou aux contrats de sécurisation professionnelle – soient compensées à l'avenir.

## **B. LE CHAMP DES COMPENSATIONS PRÉVUES POUR 2019**

• L'annexe 5 du PLFSS pour 2019, approuvée par l'article 21, engage la rationalisation du processus de compensation des exonérations.

---

(1) Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

(2) Rapport du Gouvernement au Parlement relatif aux relations financières entre l'État et la sécurité sociale, p. 31.

(3) Ibidem, p. 32.

Cette annexe recense, depuis 2006, l'ensemble des mesures qui entraînent une perte de recettes pour les organismes de base de la sécurité sociale – ou pour l'État lorsque celui-ci en compense le coût. Elle distingue les exonérations des exemptions, conduisant à minorer respectivement le taux ou l'assiette.

L'annexe 5 prévoit un coût total des mesures d'exonérations de 63,1 milliards d'euros en 2019 sur le champ des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du FSV – représentant 12,3 % de l'ensemble des recettes de ce même champ. L'augmentation de 39 % de ce coût par rapport à 2017 est principalement due à la baisse du taux de cotisations maladie de 6 points.

Au total, le montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale s'élèvera à 5,6 milliards d'euros en 2019, aux termes de l'annexe 5 ratifiée par l'article 21.

L'annexe rappelle que depuis l'adoption de la LOLFSS, 30 mesures non-compensées ont fait l'objet d'une disposition expresse de non-compensation adoptée dans le cadre d'une LFSS. Dans la plupart des cas, des affectations de recettes ou des transferts de dépenses pour des montants équivalents avaient été décidés.

**PERTES DE RECETTES RÉSULTANT DES EXONÉRATIONS ET EXEMPTIONS D'ASSIETTE DE COTISATIONS ET DE CONTRIBUTIONS SOCIALES\***

(en milliards d'euros)

	2017	2018	2019
Allègements généraux	30,1	31,6	56,9
Exonérations compensées	6,6	6,1	5,9
Exonérations non compensées	1,4	0,9	1,1
Exemption d'assiette	7,9	8	7,6
<b>Total des pertes de recettes</b>	<b>46</b>	<b>46,6</b>	<b>71,5</b>

\* : Ces montants couvrent l'ensemble des allègements généraux, y compris ceux effectués en dehors des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse.

Source : Commission des affaires sociales, à partir de l'annexe 5 du PLFSS pour 2019.

● L'année 2019 donnera lieu à la première application du principe selon lequel les baisses générales de prélèvements obligatoires qui ne reflètent pas un dispositif d'exonération sectorielle doivent être supportées par l'État ou par la sécurité sociale, en fonction de l'affectation de ces prélèvements.

Comme précisé au commentaire de l'article 19, ne seront donc pas compensées en 2019 les pertes de recettes consécutives à :

– l'exonération de cotisations sociales salariales au titre des heures supplémentaires ;

– l'exonération du forfait social au titre de l'intéressement dans les petites et moyennes entreprises et des mesures en faveur de l'intéressement prévues dans le projet de loi pour la croissance et la transformation des entreprises ;

– la suppression de la taxe sur les farines ;

– l'application des réductions de cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie dans certains régimes spéciaux.

● Dans le détail, les principales modifications apportées en matière de compensation au titre de 2019 sont retracées dans le tableau ci-dessous.

**ADAPTATIONS À VENIR DES DISPOSITIFS RECENSÉS DANS L'ANNEXE 5**

<b>Intitulé</b>	<b>Contenu de la réforme</b>	<b>Vecteur</b>
<b>Exonération de cotisations sociales salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires</b>	Dispositif d'exonération de la part salariale des cotisations sociales sur les rémunérations dues au titre des heures supplémentaires et complémentaires réalisées à compter du 1 <sup>er</sup> septembre 2019.	Article 7 du PLFSS pour 2019
<b>Allègements généraux</b>	Entrée en vigueur en deux temps de la mesure initialement adoptée en LFSS pour 2018 : la prise en charge des cotisations de retraite complémentaire interviendra dès le 1 <sup>er</sup> janvier 2019 et à compter du 1 <sup>er</sup> octobre 2019 la cotisation d'assurance chômage sera intégrée dans le champ des cotisations exonérées.	Article 8 du PLFSS pour 2019
<b>Exonérations de cotisations sociales liées aux contrats d'apprentissage</b>	Suppression du dispositif spécifique d'exonération de cotisation patronale pour les employeurs de droit privé au profit des allègements généraux renforcés – Plafonnement des exonérations salariales.	Article 8 du PLFSS pour 2019
<b>Exonérations de cotisations sociales liées aux contrats de professionnalisation</b>	Suppression des exonérations spécifiques et bascule aux allègements généraux.	Article 8 du PLFSS pour 2019
<b>Exonérations de cotisations sociales liées aux associations intermédiaires</b>	Suppression des exonérations spécifiques et bascule aux allègements généraux.	Article 8 du PLFSS pour 2019
<b>Exonérations de cotisations sociales liées aux ateliers et chantiers d'insertion</b>	Suppression des exonérations spécifiques et bascule aux allègements généraux.	Article 8 du PLFSS pour 2019
<b>Exonérations de cotisations sociales liées aux contrats aidés sous forme d'accompagnement dans l'emploi</b>	Suppression des exonérations spécifiques et bascule aux allègements généraux.	Article 8 du PLFSS pour 2019
<b>Exonérations de cotisations sociales pour les travailleurs occasionnels agricoles</b>	Suppression des exonérations spécifiques et bascule aux allègements généraux.	Article 8 du PLFSS pour 2019
<b>Exonérations de cotisations sociales liées aux aides à domicile employées par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile</b>	Modification de l'exonération : mise en place d'un barème dégressif.	Article 8 du PLFSS pour 2019
<b>Réduction de cotisations pour les entreprises implantées en outre-mer (LODEOM)</b>	Simplification du barème d'exonération, <i>via</i> la création de deux barèmes d'allègements dégressifs.	Article 8 du PLFSS pour 2019
<b>Exonérations de cotisations d'allocations familiales pour les agents non statutaires des régimes spéciaux</b>	Suppression du dispositif.	Article 8 du PLFSS pour 2019
<b>ACCRE</b>	Extension du bénéfice de la prolongation de cette exonération aux travailleurs indépendants soumis au régime des micro-bénéfices agricoles.	Article 9 du PLFSS pour 2019

Source : Annexe 5 du PLFSS pour 2019.

\*

\* \*

Articles 22 et 23

**Approbation des tableaux d'équilibre  
de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du FSV pour  
2019**

**Adoptés par la commission sans modification**

Les articles 22 et 23 portent respectivement approbation du tableau d'équilibre pour l'année à venir de l'ensemble des régimes obligatoires et du régime général. Ils font état d'un excédent de 400 millions d'euros pour les premiers et de 700 millions pour le second, FSV inclus.

**I. LES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET LE FSV EN 2019 : UN  
RETOUR HISTORIQUE À L'ÉQUILIBRE**

L'article 22 vise à approuver l'annexe C du projet de loi qui retrace, conformément ce que prévoit l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, l'équilibre financier des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale par branche sous la forme d'un tableau, présenté par branche et établi pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

**B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale <sup>(1)</sup>**

*« C.-Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :*

*(...) 2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances. A cette fin :*

*a) Elle prévoit, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes. L'évaluation de ces recettes, par catégorie, figure dans un état annexé ; »*

Ces dispositions sont évidemment déterminantes au sein de la loi de financement puisqu'elles établissent les conditions générales de l'équilibre financier pour l'année à venir, en intégrant les tendances, les mesures nouvelles et les transferts sur lesquels le Parlement est appelé à se prononcer.

Le tableau suivant compare les données du tableau d'équilibre pour 2019 avec les prévisions de 2018 :

---

(1) Dont la rédaction est pour l'essentiel issue de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), comme du reste l'ensemble des dispositions organiques définissant le cadre des LFSS.



COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2019 AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT

(en milliards d'euros)

	Prévisions rectifiées 2018 (PLFSS 2018)			Prévisions initiales 2019 (PLFSS 2019)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	211,9	212,8	- 0,9	217,5	218,0	- 0,5
Vieillesse	236,9	236,6	0,4	241,4	241,2	0,3
Famille	50,5	50,1	0,4	51,5	50,3	1,2
AT-MP	14,2	13,3	0,9	14,7	13,5	1,2
Total*	499,9	499,2	0,7	511,3	509,1	2,2
FSV	16,8	18,9	- 2,1	16,6	18,4	- 1,8
Total incluant le FSV*	498,2	499,6	- 1,4	509,9	509,6	0,4

Sources : PLFSS 2018, PLFSS 2019.

Il permet ainsi d'évaluer l'objectif du Gouvernement pour cette année 2019 et l'effort de maîtrise financière qu'il nécessite, à la fois en recettes et en dépenses, d'une part, et par branche, d'autre part.

**A. UN RETOUR HISTORIQUE À L'ÉQUILIBRE DU CHAMP DE LA LFSS EN 2019**

Dans la droite ligne de l'effort de redressement continu depuis huit ans et confirmé très nettement en 2018, le solde consolidé des régimes obligatoires de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse serait excédentaire de 400 millions d'euros en 2019, ce qui constitue une première depuis 20 ans. Pour rappel, ce même champ était déficitaire de 29,6 milliards d'euros en 2010.

Il faut souligner qu'indépendamment de la conjoncture plus favorable, ce solde est le produit d'une politique déterminée puisque, d'après la commission des comptes de la sécurité sociale, le solde des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse, hors mesure nouvelle, serait déficitaire à hauteur de 3,7 milliards d'euros. L'essentiel de cette détérioration serait imputable au régime général, les autres régimes de base et le fonds de solidarité vieillesse s'inscrivant dans une trajectoire de réduction spontanée de leur déficit. Il convient en effet de rappeler que la croissance spontanée des dépenses du régime général pour 2019 est évaluée par la même commission à 3,5 % quand celle des recettes est évaluée à 2,8 %, toutes choses égales par ailleurs.

Ce compte tendanciel illustre la nécessité de poursuivre l'effort de maîtrise, pour préserver l'équilibre de la sécurité sociale, indépendamment de la modification des relations financières entre État et sécurité sociale. La neutralisation de l'évolution spontanée du déficit suppose en effet d'identifier 2,9 milliards d'euros de recettes ou d'économies supplémentaires et le retour à

l'équilibre 3,7 milliards d'euros, auxquels s'ajoute le financement des mesures nouvelles issues ou non du présent texte.

## B. LES HYPOTHÈSES MACRO-ÉCONOMIQUES SOUS-JACENTES

L'objectif visé s'insère dans un contexte économique qui demeurerait favorable avec une croissance nettement supérieure à la croissance potentielle (+ 1,7 %), une inflation inférieure à celle de 2018 (1,3 % contre 1,6 %) et une évolution toujours soutenue de la masse salariale (+ 3,5 % comme en 2018).

Le Haut conseil des finances publiques qui s'est prononcé le 19 septembre dernier sur ces hypothèses, conformément à l'article 14 de la loi organique du 17 décembre 2012<sup>(1)</sup>, a estimé que les prévisions de croissance et de masse salariale étaient « plausibles », et la prévision d'inflation « raisonnable »<sup>(2)</sup>.

### L'impact des sous-jacents économiques sur le solde

La direction de la sécurité sociale publie chaque année dans les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, un tableau recensant la sensibilité des résultats du régime général aux hypothèses de prévision :

Tableau 2 • Sensibilité des résultats aux hypothèses de prévision

*En millions d'euros*

	CNAM maladie	CNAM MP	AT	CNAV	CNAF	Régime général
Masse salariale du secteur privé : impact d'une hausse de 1 % du taux de croissance	1 160	130		710	290	2 290
Dépenses maladie : impact d'une hausse de 1 % dans le champ de l'ONDAM	1 870	80				1 950
Inflation : impact (en année pleine) d'une hausse de 1 point du taux d'inflation sur la revalorisation des prestations retraite et famille				1 210	280	1 490

Source : DSS/SD6/6A

## C. UNE STRUCTURE BOULEVERSÉE EN RECETTES, UN EFFORT IMPORTANT EN DÉPENSES

• L'analyse en recettes structurellement complexe en raison des transferts doit être faite à l'aune de changements structurels des rapports financiers entre l'État et la sécurité sociale.

(1) Loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques

(2) Haut Conseil des finances publiques, Avis n°HCFP-2018-3 relatif aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2019, 19 septembre 2018, disponible ici : [https://www.hcfp.fr/sites/default/files/201809/Avis%20n%C2%B020183\\_Lois%20de%20finances%202019.pdf](https://www.hcfp.fr/sites/default/files/201809/Avis%20n%C2%B020183_Lois%20de%20finances%202019.pdf)

### **La rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale**

La question, sérieuse mais nouvelle du traitement des excédents dans le champ de la loi de financement a conduit le Gouvernement, dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques 2018-2022<sup>(1)</sup> à tirer deux conséquences de l'évolution contrastée des soldes de l'État, d'une part, et de la sécurité sociale, d'autre part.

En premier lieu, l'article 3 de la loi de programmation a fixé un taux d'évolution plafonné du solde public effectif des administrations de sécurité sociale<sup>(2)</sup> de 0,8 points de PIB à partir de 2019 (environ 16 milliards d'euros), en précisant qu'un tel résultat supposait un écrêtement au profit du solde des administrations publiques centrales.

En second lieu, l'article 27 de cette même loi, présent dans le projet initial, de manière originale sinon inédite, a prévu la remise d'un rapport par le Gouvernement au Parlement sur « *la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale* » portant notamment sur la question des compensations<sup>(3)</sup>.

Ce rapport, remis le 8 octobre au Parlement, préconise de revoir profondément les relations financières entre l'État et la sécurité sociale autour d'un principe et d'un moyen de mise en œuvre : le principe est celui de la solidarité entre le solde des régimes de sécurité sociale et celui de l'État, et le moyen retenu pour le mettre en œuvre revient à revoir le principe de compensation des pertes de recettes subies par le champ LFSS par crédits budgétaires ou tout autre moyen.

Cette nouvelle démarche est mise en œuvre pour la première fois dans le PLFSS pour 2019 par la non-compensation de trois dispositifs intégrés dans les comptes soumis à l'approbation du Parlement : la désocialisation des heures supplémentaires prévue par l'article 8, la suppression du forfait social pour les petites et moyennes entreprises et la mise en place d'un nouveau dispositif de lissage du franchissement des seuils de CSG pour un total d'1,5 milliard d'euros.

En outre, le rapport préconise la poursuite de la rationalisation des ressources de la sécurité sociale autour de ressources propres par nature (cotisations, CSG, CRDS) ou par finalité (fiscalité comportementale), la taxe sur la valeur ajoutée ayant vocation à remplacer toutes les autres recettes échappant à ces deux catégories.

Une première étape est franchie en 2019 avec la récupération par l'État des prélèvements sur les revenus du capital pour 5,1 milliards d'euros, qui contraste avec un apport net de 31 milliards d'euros de TVA qui permet de compenser les allègements de charge ainsi que cette perte.

Ces deux logiques devraient être prolongées dans les années à venir.

Le tableau d'équilibre fait état de recettes correspondant à 509,9 milliards d'euros en 2019, alors que le tendancier en prévoyait 512,4 milliards. Les régimes de base et le fonds de solidarité vieillesse, contrairement à l'année précédente, est

---

(1) Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022

(2) Pour rappel, le champ des administrations de sécurité sociale (ASSO) est plus large que celui des régimes de base de sécurité sociale puisqu'il comprend le système d'assurance chômage ainsi que les régimes de retraite complémentaire. La sécurité sociale, au sens strict, en représente néanmoins une part prépondérante de l'ensemble (environ 83 %).

(3) Sur cette question spécifique des compensations, on pourra utilement se référer au commentaire de l'article 21.

donc « perdant » à la suite des mesures nouvelles sur cet exercice de 2,5 milliards d’euros au profit :

– de l’État qui récupère un montant net d’1,5 milliard d’euros grâce aux différentes exonérations nouvelles non compensées (désocialisation des heures supplémentaires, forfait social, lissage de la CSG sur les revenus de remplacement) principalement au détriment de la branche vieillesse ;

– du taux de prélèvement obligatoire pour 1 milliard d’euros, avec un bilan globalement négatif des niveaux de prélèvement dans le cadre de la transformation du crédit d’impôt compétitivité emploi en baisse de charges.

#### BILAN DES RECETTES HORS TRANSFERT

*En milliards d’euros*

CICE en baisse de charges	- 18,4
Nouvelles recettes (tabac)	0,1
Récupération des revenus sur le capital par l’État	- 5,1
Affectation de TVA net	+ 31
Perte de la taxe farine	- 0,1
Compensation suppression cotisations chômage	- 4,1
Perte de taxe sur les salaires	- 1,6
Réaffectation CSG vers CNSA	- 2,3
Total	- 0,5

*Source : direction de la sécurité sociale*

● L’effort en dépenses est plus significatif, en l’absence de transferts significatifs vers l’État : celles-ci ne croîtraient que de 10 milliards d’euros pour atteindre 509,6 milliards d’euros (+ 2,7 % par rapport à 2018) à comparer à un niveau tendanciel de 516,1 milliards d’euros (+ 2,0 %), soit un effort global d’un peu plus de 6 milliards d’euros qui intègre, par construction, la compensation de mesures nouvelles en dépenses.

Sans préjudice des explications apportées dans les commentaires des articles concernés, l’effort se répartit autour de deux séries de mesures :

#### MESURES NOUVELLES EN DÉPENSES

*En milliards d’euros*

ONDAM à 2,5 %	3,8
Revalorisation maîtrisée des prestations sociales	2,4

*Source : direction de la sécurité sociale*

L’ONDAM porte donc quasiment un peu moins des deux tiers de l’effort complété par la revalorisation maîtrisée des prestations sociales <sup>(1)</sup>.

(1) Le détail des mesures d’économies est présenté à l’article 53.

## 1. Une amélioration de l'ensemble des branches, à la notable exception du risque vieillesse

L'amélioration du solde souhaitée résulterait d'un effort conjugué de l'ensemble des branches, à des degrés divers :

### LA DÉCOMPOSITION DE L'AMÉLIORATION DU SOLDE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE SÉCURITÉ SOCIALE EN 2019 PAR RAPPORT À 2018

(en milliards d'euros)

<b>Maladie</b>	+ 0,4
<b>Vieillesse</b>	– 0,1
<b>Famille</b>	+ 0,8
<b>AT-MP</b>	+ 0,3
<b>FSV <sup>(1)</sup></b>	+ 1,5
<b>Total avec FSV</b>	+ 0,3

Sources : PLFSS 2018, PLFSS 2019

Cette situation doit néanmoins être particulièrement nuancée au regard des effets importants de transferts entre branche en recettes <sup>(2)</sup> : au terme de l'ensemble des mouvements, la branche maladie, bénéficiaire de la totalité de la fraction de taxe sur la valeur ajoutée nouvelle, voit son solde spontané se corriger de 3 milliards d'euros.

La situation de la branche vieillesse pourrait quant à elle être bien plus dégradée si elle ne bénéficiait pas d'un transfert de taxe sur les salaires d'1,2 milliard d'euros au détriment de la branche famille, laquelle compense entièrement la perte de recettes due aux exonérations non compensées.

Le résultat de la branche AT-MP est en revanche proche de ce qu'il aurait été spontanément, à la réserve près que celle-ci bénéficie des premiers effets de la revalorisation maîtrisée de ses prestations dès 2019.

---

(1) Le FSV n'est pas présent dans le 2° de l'article mais intégré dans le sous-total depuis la LFSS 2017, ce qui contribue à la lisibilité des soldes. Il est encore présenté séparément dans le 3° du présent article comme seul organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

(2) S'agissant plus spécifiquement des transferts, on pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 19.

## II. UNE CONFIRMATION DES EXCÉDENTS DU RÉGIME GENERAL EN 2019

L'article 23 vise à approuver le tableau d'équilibre du régime général, figurant dans l'annexe C du projet de loi, qui présente pour chaque branche les recettes et les dépenses. Celui-ci est mis en regard des prévisions rectifiées pour 2018 dans le tableau suivant :

### COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2019 AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT

	Prévisions rectifiées 2018 (PLFSS 2018)			Prévisions initiales 2019 (PLFSS 2019)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	210,4	211,3	- 0,9	216,0	216,4	- 0,5
Vieillesse	134,5	133,7	0,8	137,6	136,9	0,7
Famille	50,5	50,1	0,4	51,5	50,3	1,2
AT-MP	12,8	12,0	0,8	13,3	12,2	1,1
Total*	395,2	394,1	1,1	405,2	402,7	2,5
Total incluant le FSV*	394,6	395,7	-1,4	404,9	404,2	0,7

Sources : PLFSS 2018, PLFSS 2019

- Comme pour l'analyse des exercices précédents, le volume financier du régime général et les mécanismes d'intégration conduisent à de nombreuses évolutions congruentes avec celles de l'ensemble des régimes, conduisant à se pencher plus précisément sur les comptes des branches vieillesse et accidents du travail-maladies professionnelles.

S'agissant de la branche vieillesse du régime général, son résultat est supérieur à celui de l'ensemble des régimes (excédent de 700 millions d'euros, contre 100 millions d'euros au niveau des ROBSS), bénéficiant ainsi des bons résultats des années précédentes ; toutefois, à compter de 2019, la dégradation des comptes du risque vieillesse est entièrement imputable au régime général, à hauteur de 100 millions d'euros ;

S'agissant de la branche AT-MP du régime général, elle connaîtrait elle aussi pour la première fois en 2019 un rapprochement de solde avec les autres régimes de base avec un écart inférieur à 100 millions d'euros entre les deux champs, résultant d'un même effet de solde (+ 300 millions d'euros).

Le régime général se retrouve donc en raison de l'équilibre quasi-complet des autres régimes de base, plus que jamais, central dans le pilotage financier de l'ensemble du champ.

\*

\* \*

*Article 24*

**Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes affectées au FRR ou mises en réserve par le FSV**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 24 fixe l'objectif d'amortissement de la dette sociale et approuve l'absence de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FSV) ou mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

L'objectif d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16 milliards d'euros, portant le total amorti par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) à 171 milliards d'euros fin 2019.

**I. OBJECTIF D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE**

Le **I** de l'article 19 fixe l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette sociale, en l'espèce, la seule Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) à 16 milliards d'euros.

Au 31 décembre 2019, l'amortissement cumulé représentera 171 milliards d'euros, soit les deux tiers de la dette reprise depuis l'origine.

**II. PRÉVISIONS DE RECETTES AFFECTÉES AU FRR OU MISES EN RÉSERVE PAR LE FSV**

● Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) n'étant plus affectataire d'aucune recette depuis la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, le **II** de l'article 24 maintient l'absence de recettes supplémentaires du fonds en 2019.

Au 30 juin 2018, après déduction du huitième versement de 2,1 milliards d'euros à la CADES, la valeur des actifs du fonds s'établit à 34,2 milliards d'euros. Le surplus du fonds, qui correspond à la différence entre son actif et son passif, s'établit à 16,4 milliards d'euros. Il permet au FRR de garantir la couverture de son passif et de créer de la valeur en investissant simultanément dans des actifs à primes de risques importantes.

● S'agissant du fonds de solidarité vieillesse (FSV), le **III** reconduit également l'absence de recettes mises en réserve, dans la lignée des dispositions adoptées depuis 2016.

\*

\* \*

*Article 25*

**Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 25 habilite six organismes à recourir à l'emprunt pour financer leurs besoins de trésorerie en 2019 et fixe les plafonds de ces encours.

Les organismes de sécurité sociale peuvent être confrontés à des besoins de trésorerie en cours d'année, qui ne s'expliquent pas nécessairement par un déséquilibre structurel des produits et des charges du régime. L'apparition d'un besoin de trésorerie peut en effet être ponctuelle et résulter d'un simple décalage calendaire entre les encaissements (cotisations et contributions, recettes affectées) et les décaissements (versements des prestations aux affiliés et frais de gestion).

Plusieurs organismes, dont le fonds de roulement ne permet pas de couvrir les besoins de trésorerie au cours de l'année, ont ainsi recours à des ressources non permanentes, sous la forme d'avances de trésorerie ou d'emprunts de court terme (douze mois *maximum*).

Parmi ces organismes, plusieurs empruntent auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : celle-ci porte donc d'autres besoins de financement que celui du régime général, dont elle assure la trésorerie. L'ACOSS est en outre autorisée, compte tenu des montants associés à la gestion de la trésorerie des organismes du régime général, à émettre des titres de créances négociables.

Le présent article arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les plafonds de ces ressources.

Ces plafonds d'emprunt sont fixés en fonction de l'estimation du « point bas » de trésorerie, c'est-à-dire du solde négatif le plus important, pour l'exercice à venir, afin de pouvoir couvrir les besoins maximaux estimés en projet de loi de financement. En outre, ils sont systématiquement ajustés à la hausse pour parer à une éventuelle dégradation de la trésorerie en cours d'exercice.

Comme en 2018, six organismes bénéficieront d'une telle habilitation en 2019 :

- l'ACOSS pour le régime général ;
- la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour le régime des exploitants agricoles ;
- la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF ;



– la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) ;

– la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) ;

– la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL).

Le commentaire du présent article est l’occasion de présenter les besoins de trésorerie de ces six organismes.

### **1. L’ACOSS et le régime des exploitants agricoles doivent assurer les besoins de trésorerie de régimes déficitaires**

• Un profil de trésorerie est établi chaque année pour le **régime général** reposant sur les prévisions liées aux grands agrégats économiques et aux mesures nouvelles.

Compte tenu de ces éléments, la variation annuelle de trésorerie de l’ACOSS serait de –0,4 milliard d’euros. Le solde au 31 décembre 2018 s’établirait ainsi à – 19,5 milliards d’euros.

Le solde moyen net prévisionnel de – 19,2 milliards d’euros, avec un besoin de financement maximal net de 33,3 milliards d’euros le 10 avril 2019, comprenant notamment les avances aux partenaires.

Compte tenu de ces différents éléments, le présent article propose de fixer le plafond d’emprunt de l’ACOSS à hauteur de 38 milliards d’euros pour l’ensemble de l’année 2019 soit le même niveau qu’en 2018.

Ce plafond permettra à l’ACOSS, dans le cadre de la politique de mutualisation des trésoreries sociales, de couvrir les besoins de financement du régime vieillesse des exploitants agricoles, du régime des mines, ainsi que du régime d’assurance vieillesse des industries électriques et gazières.

Il conserve une marge, accrue par rapport à 2018 compte tenu du point bas prévisionnel, pour faire face aux aléas conjoncturels.

• Depuis 2009, la **caisse centrale de la mutualité sociale agricole** (CCMSA) gère les ressources du régime des exploitants agricoles, structurellement en déficit, malgré une réduction progressive de celui-ci.

Pour l’exercice 2019, le solde moyen de trésorerie de la branche maladie se stabiliserait, tandis que celui de la branche vieillesse s’améliorerait sensiblement. Dans ce contexte, le solde moyen prévisionnel du régime s’établit à – 4,3 milliards d’euros, avec un point bas prévu en novembre à – 4,7 milliards d’euros.

Comme les années précédentes, le régime agricole devra donc recourir à des ressources non permanentes pour l'année 2019, tout en respectant un plafond, fixé par le présent article à 4,9 milliards d'euros, identique au montant fixé dans la précédente loi de financement.

Depuis 2016<sup>(1)</sup>, les besoins de trésorerie de la CCMSA sont en principe intégralement financés par l'ACOSS (art. L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale), même si une ligne de tirage a été conservée auprès d'un partenaire bancaire pour un maximum de 500 millions d'euros, soumis à l'accord préalable des ministères de tutelle.

## **2. Les autres organismes gèrent des problèmes de trésorerie significatifs liés à des règles spécifiques**

• Le profil de trésorerie de la **Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF** (CPRP SNCF) était traditionnellement caractérisé par un décalage existant entre, d'une part, le rythme de versement trimestriel des pensions de retraite aux affiliés et, d'autre part, le rythme des encaissements de cotisations, le 5 de chaque mois, et de la subvention de l'État, nécessitant ainsi un recours à l'emprunt auprès d'établissements bancaires.

Dans un contexte de crise financière et de tensions accrues en matière de trésorerie, le décret n° 2011-1925 du 21 décembre 2011 a fixé un calendrier de versement fractionné des pensions pour 2012, ce dispositif ayant été reconduit de 2013 à 2015.

Depuis le mois de janvier 2016, en application du décret n° 2016-539 du 15 mai 2015, les pensions sont payées mensuellement, ce qui a permis de réduire de près de 50 % le besoin en fonds de roulement moyen.

En 2019, le point bas est prévu le 2 janvier à – 584 millions d'euros. En effet, comme en 2018, le paiement des pensions de retraite de janvier s'effectuera avant que la caisse ne reçoive le premier versement de subvention d'équilibre de l'État, lequel ne peut avoir lieu pour des raisons techniques avant le 5 ou 6 janvier.

Le présent article propose donc de retenir un premier plafond d'emprunt de 600 millions d'euros pour la période du 1<sup>er</sup> au 31 janvier, puis un second plafond de 330 millions d'euros pour le reste de l'année, comme en 2018.

• La **Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM)**, chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime minier, fait face à des difficultés de financement importantes.

Les recettes de la caisse sont constituées à 90 % par des ressources externes : dotation d'équilibre versée par la branche maladie du régime général pour le risque maladie, compensation généralisée vieillesse, et subvention de

---

(1) Il de l'article. 42 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.

l'État pour le risque vieillesse. Celles-ci ne suffisaient néanmoins plus à couvrir les besoins de trésorerie issus des déficits passés cumulés, qui ont requis de majorer significativement, au cours des dernières années, les autorisations d'emprunt accordées à la Caisse en loi de financement de la sécurité sociale.

Pour l'exercice 2019, le solde moyen prévisionnel de trésorerie de la CANSSM est de - 319 millions d'euros, le point bas étant atteint début janvier avec - 438 millions d'euros, à un niveau légèrement inférieur à 2018. Par conséquent, le présent article propose d'habiliter la CANSSM à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 470 millions d'euros, en légère augmentation par rapport à 2018 (450 millions d'euros).

Le besoin en ressources non permanentes du régime continuera à être assuré exclusivement par des avances de trésorerie de l'ACOSS.

● **La Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)** présentait ces dernières années un besoin constant en fonds de roulement, son profil de trésorerie étant rythmé par un versement trimestriel des retraites. La Caisse devait ainsi recourir à des montants d'emprunts bancaires importants pour financer ses décalages de trésorerie.

Afin de réduire fortement les décalages en trésorerie entre les encaissements des cotisations et les décaissements des pensions de retraite – lesquels conduisaient à un besoin de financement dont les modalités de couverture paraissaient problématiques dans un contexte de raréfaction des concours bancaires – une réforme plus structurelle a été mise en œuvre à partir d'avril 2013 avec la mensualisation du versement des pensions.

L'amélioration de la gestion de la trésorerie du régime a donc permis au régime de limiter ses besoins de court terme. Il dégage d'ailleurs des excédents ponctuels qui sont placés à l'ACOSS et donnent lieu à une rémunération. En contrepartie, le régime recourt à des avances de trésorerie de l'ACOSS.

L'année 2019 marquerait un retour à un quasi-équilibre (- 13 millions d'euros) en raison d'une hausse des recettes liées à la contribution tarifaire d'acheminement.

De ce fait, le solde moyen de trésorerie pour 2019 serait en baisse - 29 millions d'euros (contre + 48 millions d'euros en 2018), avec un point bas prévu à - 386 millions d'euros début décembre 2018.

Le présent article propose donc de retenir un plafond d'emprunt à 420 millions d'euros.

● **La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL)** renoue avec un besoin de recourir à des ressources non permanentes pour la première fois depuis 2013.

Cette situation résulte d'une nouvelle dégradation de sa situation financière, les mesures de redressement mises en place entre 2013 et 2015 ayant fini de produire leurs effets.

En 2019, le régime pourrait avoir un résultat prévisionnel de - 1,2 milliards d'euros, avec une variation annuelle de son solde de trésorerie de - 990 millions d'euros, un solde moyen positif de 428 millions d'euros et un point bas de - 1 milliard d'euros début décembre.

Elle est donc à nouveau habilitée par le présent article à recourir à des ressources non permanentes à hauteur de 2 milliards d'euros, dont 800 millions pour la période courant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet et 1,2 milliard d'euros pour celle courant du 1<sup>er</sup> août au 31 décembre.

\*

\* \*

#### *Article 26*

### **Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)**

#### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 26 fixe la trajectoire financière pour les quatre années à venir, qui se caractérise à la fois par le prolongement d'une situation globalement excédentaire de la sécurité sociale atténuée puis neutralisée par les transferts avec l'État et la Cades.

● En application du 1<sup>o</sup> du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) comporte chaque année un article approuvant son annexe B, constituée d'un rapport – prévu par le I de l'article L.O. 111-4 – décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes (c'est-à-dire du Fonds de solidarité vieillesse – FSV), ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les quatre années à venir (en l'occurrence, 2019 à 2022).

Cette démarche s'inscrivant dans le cadre plus général de la pluri-annualité des finances publiques, le rapport de l'annexe B est théoriquement construit en cohérence avec :

– les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques, présentées dans le *Rapport économique, social et financier* joint au projet de loi de finances (PLF) de l'année <sup>(1)</sup> ;

---

(1) [https://www.performancepublique.budget.gouv.fr/sites/performance\\_publique/files/farandole/ressources/2019/pap/pdf/RESF19.pdf](https://www.performancepublique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2019/pap/pdf/RESF19.pdf)

– le programme de stabilité de la France, transmis chaque année à la Commission européenne en application des règles d’encadrement des déficits et des dettes des administrations publiques nationales <sup>(1)</sup> ;

– les lois de programmation pluriannuelle des finances publiques <sup>(2)</sup>, qui sont le support juridique national permettant de définir la stratégie de redressement des comptes publics.

S’agissant de ces derniers documents, ils apparaissent au stade de l’examen de ce projet de loi en partie dépassés, en raison de l’obsolescence des prévisions macro-économiques qui les sous-tendaient.

Il faut par ailleurs signaler qu’outre les rapports parlementaires, plusieurs publications commentent, à des degrés divers, les perspectives pluriannuelles des finances publiques, et notamment sociales :

- le rapport annuel de la Cour des comptes sur l’application des LFSS <sup>(3)</sup> ;
- le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale <sup>(4)</sup> ;
- l’avis du Haut conseil des finances publiques relatif aux PLF et PLFSS de l’année <sup>(5)</sup>.

Ce commentaire n’a pas l’ambition de résumer les analyses macroéconomiques produites dans ces différentes publications, auxquelles on pourra toutefois se référer pour davantage d’éclairages sur les principales perspectives dressées dans l’annexe B. On relèvera que, comme l’année dernière, celle-ci consacre d’assez longs développements à la présentation de mesures contenues dans le texte pour l’année 2018, sur lesquelles il est par construction inutile de s’attarder ici, les commentaires des autres articles pourvoyant au besoin d’information du Parlement.

Cette trajectoire mérite néanmoins une attention renforcée dans le cadre de la réflexion plus globale sur les relations financières entre l’État et la sécurité sociale et dont elle tire d’ores et déjà les leçons. Il n’est pas non plus indifférent que cette annexe dresse pour la première fois la trajectoire financière jusqu’à la fin de la législature et pour l’ensemble des exercices pour lesquels la majorité aura pu exercer pleinement son pouvoir budgétaire.

---

(1) Pour 2018-2022 : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2018/04/12/le-programme-de-stabilite-2018-2022-et-le-programme-national-de-reforme-2018>

(2) Le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 a été déposé à l’Assemblée nationale le 27 septembre 2017.

(3) Pour 2018 : [https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/20181004-rapport-securite-sociale-2018\\_0.pdf](https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/20181004-rapport-securite-sociale-2018_0.pdf)

(4) Pour septembre 2018 : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-septembre2018-tome1.pdf>

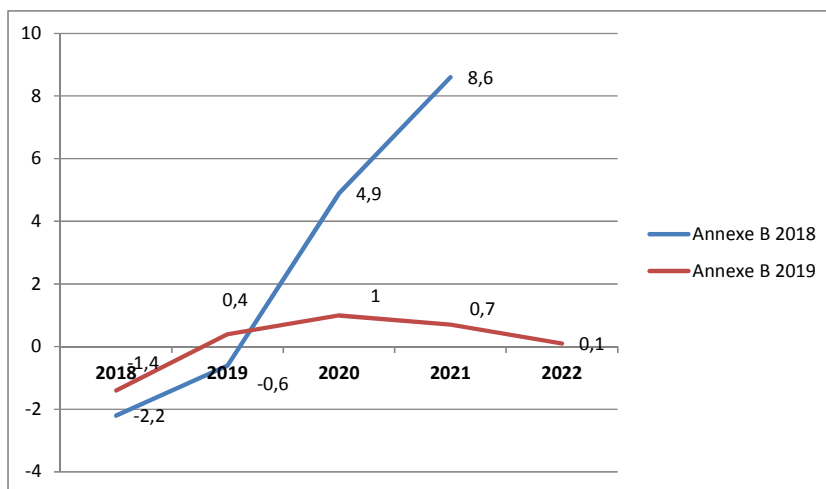
(5) Pour 2019 : [https://www.hcfp.fr/sites/default/files/2018-09/Avis%20n%C2%B02018-3\\_Lois%20de%20finances%202019.pdf](https://www.hcfp.fr/sites/default/files/2018-09/Avis%20n%C2%B02018-3_Lois%20de%20finances%202019.pdf)

## 1. Une trajectoire consolidée entièrement revue à l'aune de la réforme des relations entre l'État et la sécurité sociale

La trajectoire budgétaire dessinée dans l'annexe B du présent PLFSS se distingue très nettement de son équivalent de l'année précédente, pour la période 2018-2021 seule à permettre la comparaison, comme en témoigne le graphique suivant :

### ÉVOLUTION DU SOLDE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES ET DU FSV

En milliards d'euros



Sources : LFSS 2018 et PLFSS 2019

On observe ainsi en 2021 un écart de 7,9 milliards d'euros entre la trajectoire prévue en LFSS pour 2018 et celle de la présente LFSS, ce qui appelle quelques observations du rapporteur général.

#### a. Des corrections marginales des hypothèses macro-économiques

Cet écart, visuellement considérable, ne résulte pas d'écarts significatifs quant aux hypothèses macro-économiques retenues.

- En recettes, d'abord, les prévisions économiques, faiblement modifiées, dessinent un contexte plus favorable que prévu :

- les prévisions de croissance pour la période commune aux deux trajectoires sont rigoureusement identiques (+ 1,7 % sur la période 2018-2021) ;

- les prévisions d'évolution de la masse salariale ont été revues légèrement à la hausse sur la période commune avec une croissance de la masse salariale forte en 2019 (+ 3,5 % au lieu de + 3,2 %) et 2020 (+ 3,7 % au lieu de + 3,6 %).

● En dépenses, certains indicateurs pourraient conduire à un ressaut en début de période, mais dans des proportions limitées :

– les prévisions d’inflation ont été rectifiées à la hausse en début de période, mais redeviennent identiques ensuite pour 2020 (+ 1,4 %) et pour 2021 (+1,8 %) ; leurs effets ont par ailleurs vocation à être neutralisés par le choix de la revalorisation maîtrisée des niveaux et plafonds de ressources des prestations prévue à l’article 44 ; on peut noter que l’inflation tire également à la hausse la masse salariale et donc les recettes ;

– l’ONDAM est revalorisé à 2,5 % en 2019 avant de revenir à + 2,3 % pour les années suivantes, conformément à la loi de programmation des finances publiques.

**EFFET DES CHANGEMENTS D’HYPOTHÈSES MACRO-ÉCONOMIQUES SUR LA TRAJECTOIRE**

	Prévisions LFSS 2018*				Prévisions LFSS 2019*			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Croissance du PIB	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7
Croissance de la masse salariale	3,1 %	3,2 %	3,6 %	3,8 %	3,5 %	3,5 %	3,7 %	3,8 %
ONDAM	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,5 %	2,3 %	2,3 %
Inflation hors tabac	1,0 %	1,1 %	1,4 %	1,8 %	1,6 %	1,3 %	1,4 %	1,8 %

*\*Pour faciliter la comparaison, seule la période commune aux deux annexes B (2018-2021) a été conservée.*

Au total, ces effets conjoncturels, qui s’annulent en partie, ne peuvent expliquer un écart aussi important qui se comprend essentiellement au regard des effets pluriannuels de certaines mesures.

***b. Un transfert important de ressources vers la CADES dans le cadre d’une nouvelle reprise de dette***

Le transfert de 15 milliards d’euros vers la Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES) prévu par l’article 20 du projet de loi <sup>(1)</sup> suppose, conformément aux dispositions organiques, un transfert de recettes permettant de ne pas allonger la durée de remboursement <sup>(2)</sup>.

(1) Pour plus de détails sur ce transfert, on pourra utilement se reporter à l’article 20.

(2) L’article 4 bis de l’ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative à la dette sociale révisé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale.

Le choix a été retenu de transférer une nouvelle fraction de contribution sociale généralisée selon la chronique suivante :

#### EFFETS DU TRANSFERT DE CSG DES RÉGIMES OBLIGATOIRES VERS LA CADES

En milliards d'euros

2020	2021	2022
- 1,6	- 3,4	- 5,1

Source : Direction de la sécurité sociale.

Au total, un peu plus de 10 milliards d'euros de recettes seraient transférées vers la caisse.

#### c. Les conséquences de la réforme des relations financières entre l'État et la sécurité sociale

Dans le prolongement de la démarche engagée en 2019 de transferts d'une partie des excédents des régimes de sécurité sociale vers l'État, de nouveaux prélèvements des ressources TVA pourraient être opérés lors des exercices suivants :

#### EFFETS DES RÉTROCESSIONS SUCCESSIVES DE TVA DES RÉGIMES OBLIGATOIRES VERS L'ÉTAT

En milliards d'euros

2020	2021	2022
- 1,3	- 3,6	- 5,0

Source : Direction de la sécurité sociale.

Conformément au schéma de simplification promu par le rapport sur la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, le « tuyau » de taxe sur la valeur ajoutée affecté aux régimes de sécurité sociale deviendrait le principal moyen d'intégration financière des deux soldes.

Au total, les deux mesures de prélèvements représentent donc 7 milliards en 2021 d'euros expliquant ainsi une partie conséquente de l'écart entre les soldes prévus respectivement par l'annexe B de la LFSS pour 2018 et celle du présent PLFSS (7,9 milliards d'euros), laissant ainsi 900 millions d'euros aux effets conjoncturels et aux effets pluriannuels des mesures nouvelles prises en 2019 (par exemple, celle sur la revalorisation maîtrisée des retraites).

## 2. Un rééquilibrage progressif entre les branches

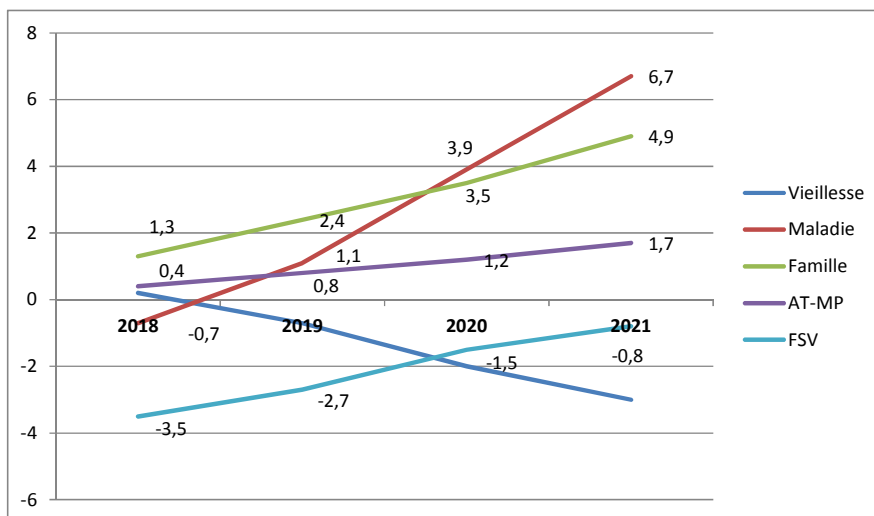
Au-delà des rapports avec les autres périmètres, l'annexe B dessine également des trajectoires pour chaque branche et le FSV. Pour les raisons déjà évoquées dans le commentaire de l'article 1<sup>er</sup>, nous retiendrons le périmètre des régimes obligatoires de sécurité sociale.

• L'annexe B de la LFSS pour 2018 dessinait des évolutions très contrastées des soldes des différentes branches et du FSV :



### ÉVOLUTION DES SOLDES DES DIFFÉRENTES BRANCHES (LFSS 2018)

En milliards d'euros



Source : Annexe B LFSS 2018

La situation des branches famille et maladie avait vocation à s'améliorer très nettement, quand celle de la branche AT-MP croissait très faiblement.

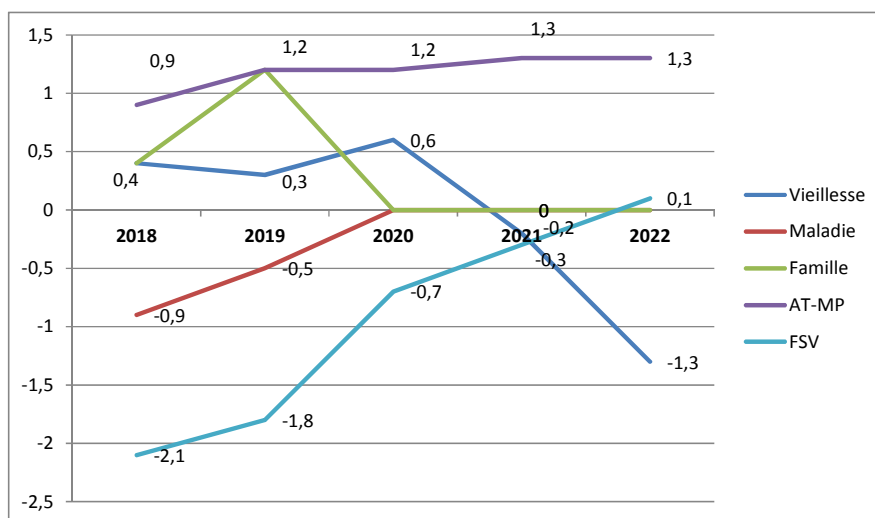
La branche vieillesse repartait rapidement vers une situation déficitaire dès 2019 qui se serait aggravée jusqu'à atteindre - 3 milliards d'euros en 2021, partiellement compensée par le rétablissement progressif des comptes du fonds de solidarité vieillesse.

En l'absence de mesures pluriannuelles prévues par la loi de financement, la trajectoire laissait donc s'exprimer les soldes tendanciels de chaque branche.

• L'annexe B du présent projet de loi présente une trajectoire bien différente :

### ÉVOLUTION DES SOLDES DES DIFFÉRENTES BRANCHES (PLFSS 2019)

En milliards d'euros



Source : Annexe PLFSS 2019

Placé sur une échelle beaucoup plus réduite, le graphique ci-dessus dessine en réalité plusieurs réalités différentes, dans un couloir étroit :

– une trajectoire de la branche AT-MP qui demeurerait légèrement croissante et à un niveau supérieur à ce qui était attendu fin 2017 ; on peut considérer que cette situation témoigne essentiellement de l'amélioration de la situation économique pour les exercices 2018 et 2019 ; par ailleurs, ce solde est un peu plus faible qu'attendu en 2022 ;

– le maintien en excédant de la branche vieillesse avant de repasser en déficit en 2021 puis 2022, dans des proportions moins importantes que dans le scénario de l'année dernière ;

– la « mise à zéro » des branches maladie et famille dès 2020 ;

– le rétablissement du fonds de solidarité vieillesse en 2022 à un rythme légèrement accéléré par rapport à ce qui était prévu en LFSS pour 2018.

Cet « écrasement » des écarts est lié aux prélèvements précités dans le cadre de la reprise de dette par la CADES et des nouvelles relations financières entre État et sécurité sociale, selon la clef suivante, transmise au rapporteur général par la direction de la sécurité sociale.

**IMPACT\* DES TRANSFERTS VERS LA CADES ET L'ÉTAT EN 2020, 2021 ET 2022**

<b>Clé de passage</b>			
<b>CNAM</b>			
Avant transferts	1,1	3,3	5,4
Etat	- 0,3	- 1,5	- 2,7
CADES	- 0,9	- 1,9	- 2,8
Après transferts	0,0	0,0	0,0
<b>CNAM-AT</b>			
Avant transferts	1,6	2,0	2,4
Etat	- 0,4	- 0,8	- 1,1
CADES	0,0	0,0	0,0
Après transferts	1,2	1,3	1,3
<b>CNAF</b>			
Avant transferts	1,3	2,4	3,0
Etat	- 0,6	- 0,9	- 0,8
CADES	- 0,7	- 1,5	- 2,3
Après transferts	0,0	0,0	0,0
<b>CNAV</b>			
Avant transferts	0,8	0,8	0,4
Etat	0,0	- 0,4	- 0,4
CADES	0,0	0,0	0,0
Après transferts	0,8	0,4	0,0

*\*les effets sont calculés sur les comptes du régime général qui devrait porter la totalité de l'impact financier des prélèvements*

*Source : Direction de la sécurité sociale*

Il témoigne du caractère fortement discrétionnaire des soldes annoncés par cette annexe B, qui se distingue ainsi des tendanciels réalisés jusqu'ici. Cet ajustement se fera essentiellement par les recettes, la trajectoire des dépenses n'intégrant pas de mesures nouvelles au-delà des effets du présent projet de loi, augurant encore de nombreuses mesures de « tuyauterie ».

Au terme de cette évolution importante confortant la solidarité entre les soldes de l'État et de la sécurité sociale, l'interprétation des soldes des branches de cette dernière est donc rendue particulièrement difficile.

Ce nouveau paradigme appellera probablement une nouvelle approche du pilotage et de l'analyse des comptes sociaux qui se recentreraient vers les relations financières avec les autres champs en recettes, d'une part, et vers des normes de dépenses, d'autre part, au-delà du champ maladie.

\*

\* \*

**QUATRIÈME PARTIE :  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA  
SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019**

**TITRE I<sup>ER</sup>  
TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS**

*Article 27*

**Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé**

**Adopté par la commission avec modifications**

L'article 27 renforce le dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé (dotation « IFAQ »).

Cette dotation, dont le montant s'élevait à 60 millions d'euros en 2018, doit être portée à 300 millions d'euros en 2019.

L'article instaure un système de bonus-malus. Ce dispositif reposera sur les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui seront mesurés tous les ans dans chaque établissement. Pour certains indicateurs, si un établissement n'atteint pas, pendant trois années consécutives et pour un même indicateur, un seuil minimal, il s'exposera à une pénalité financière. Ce système de bonus-malus entrera en vigueur en 2020.

Alors que la dotation IFAQ ne concerne aujourd'hui que les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et de soins de suite et de réadaptation (SSR), ce dispositif sera en outre étendu aux établissements de psychiatrie en 2021.

La tarification à l'activité (T2A) a eu pour effet pervers de privilégier les performances économiques des établissements de santé, au risque de mettre en avant leur productivité au détriment de ce qui doit être l'objectif premier de l'hôpital : délivrer des soins de qualité.

Il apparaît aujourd'hui nécessaire de remettre la qualité des soins au cœur de l'hôpital, et donc de mieux la valoriser, y compris financièrement.

C'est ce que permet le présent article, qui donne de l'ampleur à la dotation IFAQ (« incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins »), encore embryonnaire.

Afin de véritablement s'orienter vers un système de financement à la qualité plutôt qu'au seul acte, le montant alloué à la dotation IFAQ, qui s'élève à 60 millions d'euros en 2018, sera porté à 300 millions d'euros dès 2019. Cette augmentation de la dotation sera financée par redistribution des ressources actuelles, et donc par le biais des tarifs. L'étude d'impact précise que ce montant serait réparti entre les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR) et d'hospitalisation à domicile (HAD),

proportionnellement à leur chiffre d'affaires, en fonction des résultats atteints par les établissements.

Une grande part de l'application du présent article reposera sur la définition de ces indicateurs. Pour le rapporteur général, cette mise en œuvre n'aura un sens que si l'on s'éloigne enfin d'indicateurs de processus : pour que le paiement à la qualité ait un sens, il faut mettre l'accent sur des indicateurs de résultats cliniques – et notamment des indicateurs de récupération fonctionnelle –, de satisfaction des patients et de retour d'expérience des soignants. Ces indicateurs ne doivent pas être réduits à un levier de financement : ils sont autant d'outils d'aide à la décision pour les décideurs publics, les gestionnaires d'établissements et les patients eux-mêmes.

## **I. UNE INCITATION FINANCIÈRE À LA QUALITÉ DES SOINS ENCORE EMBRYONNAIRE**

Suite à une expérimentation menée depuis 2012, un dispositif « d'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » (IFAQ) a été généralisé à l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de MCO en 2016. <sup>(1)</sup> En 2017, le périmètre des établissements éligibles à cette incitation a été élargi au SSR.

Cette incitation vient récompenser les établissements ayant obtenu les meilleurs résultats ou ayant le plus fortement progressé sur le champ de la qualité des soins.

Dans le cadre de cette dotation, la qualité est principalement évaluée au regard des résultats obtenus au niveau des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ainsi qu'au regard du niveau de certification HAS. Le développement des systèmes d'informations est également pris en compte. Enfin, depuis 2017, le calcul de l'incitation inclut, pour les établissements de MCO uniquement, la satisfaction des patients hospitalisés.

L'enveloppe affectée à cette dotation était de 50 millions d'euros en 2017, et de 60 millions d'euros en 2018 (dont 50 millions d'euros pour le MCO et 10 millions d'euros pour le SSR).

Toutefois, ces indicateurs sont aujourd'hui bien trop nombreux, et ne sont pas forcément révélateurs de la qualité réelle des établissements. Plusieurs interlocuteurs auditionnés par le rapporteur général ont également souligné que ces indicateurs pouvaient comporter des biais, notamment en faveur des établissements mono-activité.

---

(1) Article 51 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

### **Indicateurs pris en compte dans le calcul de la dotation complémentaire IFAQ**

Infections associées aux soins : consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains, bon usage des antibiotiques, activités de lutte contre les infections nosocomiales, lutte contre les infections du site opératoire

Satisfaction patient : satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO, satisfaction des patients admis pour une chirurgie ambulatoire

Sécurité du patient en chirurgie orthopédique (événements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche ou de genou)

Tenue du dossier patient : qualité de la lettre de liaison à la sortie, document de sortie en SSR, dépistage des troubles nutritionnels en MCO et SSR, suivi du poids en HAD, traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre en HAD, coordination de la prise en charge en HAD

Dossier d'anesthésie : tenue du dossier d'anesthésie, traçabilité de l'évaluation de la douleur post-opératoire

Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie : trace d'une réunion datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes

Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral : expertise neuro-vasculaire, évaluation par un professionnel de la rééducation, dépistage des troubles de la déglutition, consultation post AVC

Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques : surveillance du statut martial du patient traité par ASE, surveillance nutritionnelle, appréciation de l'épuration, prescription de trois séances et douze heures hebdomadaires, évaluation annuelle de l'accès à la transplantation rénale

Prise en charge et prévention de l'hémorragie du post-partum : prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement, surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement, prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat

Chirurgie ambulatoire : évaluation de l'éligibilité à l'admission, anticipation de la prise en charge de la douleur, évaluation du patient pour la sortie de la structure

+ Indicateurs liés aux systèmes d'information dans le cadre d' « Hôpital numérique »

*Source : Arrêté du 28 février 2018 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé.*

## II. LE DROIT PROPOSÉ : DONNER UNE VÉRITABLE IMPORTANCE À CE DISPOSITIF

Le **I** du présent article modifie l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale afin de renforcer le dispositif IFAQ<sup>(1)</sup>.

Le **b)** du 1° étend ce dispositif aux établissements de santé exerçant des activités de psychiatrie.

Le **dernier alinéa du II** précise que cette extension entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Le **c)** du 1° reformule l'article afin de mieux préciser le rôle des indicateurs. Aux termes du présent article, les établissements doivent « *atteindre des résultats évalués à l'aide d'indicateurs* » liés à la qualité et à la sécurité des soins pour bénéficier de la dotation complémentaire, et non plus « *satisfaire des critères* » lié à la qualité et à la sécurité des soins comme c'est le cas aujourd'hui.

Le 2° instaure un système de « malus » qui complète ce « bonus ». Ce système repose sur deux piliers :

– la définition d'un seuil minimal de résultats requis pour certains indicateurs de qualité et de sécurité des soins. L'article précise que ce seuil est fixé par indicateur, en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés ;

– une pénalité financière appliquée lorsqu'un établissement n'atteint pas, pendant trois années consécutives et pour un même indicateur, ce seuil minimal.

Selon les informations transmises au rapporteur général, cette pénalité a pour objectif de sanctionner des résultats considérés comme inacceptables, sur la base de critères tels que le nombre d'événements thromboemboliques après pose de prothèse de hanche ou de genou par exemple.

Cette pénalité est notifiée par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), après que l'établissement a été mis en demeure de présenter ses observations.

L'article prévoit cependant que le directeur général de l'ARS peut estimer, par décision motivée, de ne pas sanctionner l'établissement du fait « *de circonstances particulières* » qui lui sont propres. Lorsqu'un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur une année, le directeur général de l'ARS doit l'alerter et lui indiquer la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté pendant trois années consécutives.

---

(1) Le a) du 1° procède à une modification de numérotation.

Le montant de cette pénalité financière sera calculé en fonction du nombre d'indicateurs pour lesquels l'établissement est défaillant et de la gravité de ces manquements, est plafonné à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

*Selon l'étude d'impact, « à titre illustratif, un établissement dont les recettes annuelles s'élèveraient à 100 millions d'euros et dont la dotation au titre de la qualité s'élèverait à un million d'euros et le malus au titre de la non-qualité s'élèverait à deux millions d'euros se verrait appliquer une pénalité d'un million d'euros avant la prise en compte du plafond. Le plafond, correspondant à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement, s'établissant à 500 000 euros, la pénalité appliquée à l'établissement s'élèverait in fine à 500 000 euros ».*

Le 3° précise les conditions d'application de ces dispositions.

Un décret en Conseil d'État doit ainsi préciser :

– les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière ;

– les catégories d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis annuellement par chaque établissement ;

– les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs.

Avant le 31 décembre de chaque année, un arrêté ministériel doit fixer :

– la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins ;

– les seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs ;

– les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière.

Le **deuxième alinéa du II** précise également que le système de « malus » entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Les premières pénalités financières ne seront donc pas prononcées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2023.

\*

\* \*



## Article 28

### Financement forfaitaire de pathologies chroniques

#### Adopté par la commission sans modification

L'article 28 vise à créer une dérogation à la tarification à l'activité avec la mise en place d'un forfait pour la prise en charge des prestations pour les patients atteints de pathologies chroniques dans le cadre d'un parcours de soins.

Une liste limitative de pathologies chroniques éligibles au financement forfaitaire sera précisée par arrêté. Pour 2019, la prise en charge de deux types de pathologies chroniques sera forfaitisée : le diabète et l'insuffisance rénale chronique.

La mise en place de la forfaitisation pour la prise en charge des pathologies chroniques ne concernera, à ce stade, que les établissements de santé, publics et privés, et n'inclura pas la médecine de ville.

## I. ÉTAT DU DROIT

Dans le cadre de la présentation du programme de réforme « *Ma santé 2022* », le Gouvernement a annoncé la création d'un financement au forfait pour les pathologies chroniques, qui concernera le diabète et l'insuffisance rénale chronique dès 2019 avant d'être élargie à d'autres pathologies. « *La tarification à l'activité actuellement en vigueur dans les établissements de santé ne permet pas de répondre aux enjeux de la prise en charge des pathologies chroniques puisqu'il ne rémunère que l'épisode aigu et très peu la prévention de son apparition* » <sup>(1)</sup>

Plusieurs rapports récents <sup>(2)</sup> ont alerté sur l'inadaptation de la tarification à l'activité pour la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques en tant qu'elle finance essentiellement les soins curatifs au détriment des actes de prévention et ne favorise pas la recherche d'une coordination entre les différents acteurs médicaux.

### A. LA T2A EST DAVANTAGE ADAPTÉE AU FINANCEMENT DES ACTES STANDARDISÉS ET PONCTUELS

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 <sup>(3)</sup>, la tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés. Initiée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », la T2A est entrée en vigueur progressivement jusqu'en 2008 pour remplacer totalement les deux modes de financement applicables jusque-là aux établissements de santé :

(1) [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef.pdf) p. 17

(2) Dr Olivier Véran, « L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur », rapport remis à la ministre des affaires sociales et de la santé, avril 2017.

Jean-Marc Aubert, « Modes de financement et de régulation », rapport final sur la Stratégie de transformation du système de santé, septembre 2018

(3) Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

– la dotation globale (DG) : les ressources allouées aux établissements étaient reconduites par rapport aux budgets de l'année précédente avec une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative. Les moyens étaient alors déconnectés de l'évolution de l'activité. L'autorisation de dépenses conditionnait les recettes attendues lesquelles permettait la réalisation d'un certain niveau d'activité ;

– des paiements à l'activité pour les établissements privés à but lucratif répartis entre des forfaits de prestations rémunérant la structure et des honoraires correspondant aux actes des médecins.

Avec l'entrée en vigueur de la nouvelle tarification, les ressources des établissements sont calculées à partir d'une estimation de l'activité produite en fonction de la nature et du volume des soins qu'ils délivrent, conduisant à une estimation de recettes selon la méthode suivante :

– le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme de « groupes homogènes de malades » (GHM) et de « groupes homogène de séjour » (GHS) ;

– un programme permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un GHM auquel est associé un ou plusieurs GHS. Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

Ce nouveau système de tarification s'applique à l'ensemble des activités de court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique et d'odontologie (MCO) depuis 2008 en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. Un décret en Conseil d'État détermine les catégories de prestations concernées donnant lieu à cette modalité de facturation.

Il comprend également des forfaits annuels mis en place pour financer les structures de certaines activités spécifiques :

– le forfait annuel « urgences » destiné à couvrir les charges de structure et de fonctionnement des services d'accueil des urgences autorisés ;

– le forfait « coordination des prélèvements d'organes » ;

– le forfait annuel « greffes ».

La tarification à l'activité est fixée dans le cadre d'une enveloppe fermée au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Le calibrage des tarifs n'est donc pas uniquement fixé à partir des coûts. C'est le niveau de l'ONDAM qui détermine le niveau tarifaire. <sup>(1)</sup>

Il en résulte que tout avantage tarifaire d'une activité a pour contrepartie la pénalisation d'une autre activité. La maîtrise des dépenses des établissements de

---

(1) Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)

santé dans le respect de l'ONDAM a conduit à une maîtrise des tarifs incitant les établissements à multiplier le nombre d'actes tarifés au détriment d'autres actes non tarifés, tels la prévention ou la coordination.

Jean-Marc Aubert, dans le rapport consacré à la stratégie de transformation du système de santé, résume ainsi les caractéristiques du financement du système de santé : « *Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement très variable en fonction des secteurs de soins, reposant majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine (...) des soins hospitaliers de médecine, chirurgie et obstétrique. (...) La transformation du financement apparaît donc nécessaire pour inciter davantage les acteurs à développer la prévention, s'assurer d'un standard élevé de qualité, rechercher une plus grande pertinence des soins et prendre le temps d'une meilleure coordination.* » <sup>(1)</sup>

## **B. LES LIMITES DE LA T2A POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES**

Le contexte d'augmentation du nombre de maladies chroniques modifie la demande de soins et « *pose la question de la juste réponse à ces nouveaux besoins de santé* » <sup>(2)</sup>. Les pathologies et traitements chroniques concernent 35 % de la population et représentent plus de 60 % des dépenses de la branche maladie.

Or, le mode de financement actuel ne répond pas de façon satisfaisante aux besoins spécifiques de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. « *La tarification actuelle valorise insuffisamment la prévention, notamment secondaire et tertiaire dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques.* » <sup>(3)</sup>. La tarification à l'activité est le mode de tarification qui convient plutôt au financement des actes médicaux et chirurgicaux simples ne nécessitant pas de prise en charge médicale ou paramédicale avant ou après l'épisode aigu <sup>(4)</sup>.

Plusieurs rapports récents ont souligné la nécessité d'un financement au forfait dans le cadre d'un parcours de soins pour les pathologies chroniques. Le parcours de soins regroupe l'ensemble des soins dispensés pour un état de santé donné, pendant un laps de temps donné et par l'ensemble des professionnels de santé qui concourent à la prise en charge. Le parcours de soins intègre les activités de prévention, la coordination, l'accompagnement du patient aux soins. Dans le

---

(1) Jean-Marc Aubert, « Modes de financement et de régulation », *Rapport final sur la stratégie de transformation du système de santé, septembre 2018* ;

(2) *Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019*, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 ». *Juillet 2018* ;

(3) Jean-Marc Aubert, « Modes de financement et de régulation », *Rapport final sur la stratégie de transformation du système de santé, septembre 2018* ;

(4) Dr Olivier Veran, « L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeurs », *rapport remis à la ministre des affaires sociales et de la santé, avril 2017*.

cadre des préconisations pour la Stratégie de transformation du système de santé, un tel financement est proposé pour améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques en incitant à une prise en charge globale et coordonnée par les différents acteurs.

Un financement forfaitaire au parcours devrait permettre de fixer pour une période donnée et pour une pathologie chronique donnée une rémunération forfaitaire globale pour tous les acteurs qui interviennent dans la prise en charge de cette pathologie pour l'ensemble des moyens nécessaires. L'objectif est de donner à l'hôpital puis à la ville les conditions de mise en place d'une approche pluri-professionnelle et coordonnée de la prise en charge.

## **II. MISE EN PLACE D'UN FINANCEMENT FORFAITAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Cet article vise à créer une dérogation à la tarification à l'activité avec la mise en place d'un financement forfaitaire pour la prise en charge des prestations pour les patients atteints de pathologies chroniques dans le cadre d'un parcours de soins.

Le 1° introduit un nouvel article L. 162-22-6-2 dans le code de la sécurité sociale qui prévoit une « *rémunération forfaitaire* » des prestations dans le cadre d'un parcours de soins pour la prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique.

L'objectif fixé par l'article est d'« *améliorer le parcours de soins* » des patients atteints d'une pathologie chronique. Selon l'étude d'impact, le parcours de soins sera « *élaboré avec les sociétés savantes et orientés vers la prévention* ». Parmi les éléments constitutifs du parcours de soins qui pourront bénéficier du financement forfaitaire sont mentionnés : les infirmières de parcours, le suivi des outils connectés, les applications pour les patients. Pour chaque forfait sera défini un cahier des charges des conditions à respecter.

La mesure vise les « *patients atteints de pathologies chroniques* » qui seront précisées par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale. Il s'agira donc d'une liste limitative de pathologies chroniques éligible au financement forfaitaire pour leur prise en charge. L'étude d'impact précise que pour 2019, la prise en charge de deux types de pathologies chroniques sera forfaitisée : le diabète et l'insuffisance rénale chronique. Selon le rapport de la CNAM sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019 <sup>(1)</sup>, le diabète représente 5 % des dépenses d'assurance maladie du régime général en 2016.

---

(1) Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 ». Juillet 2018

Le choix de ces deux pathologies chroniques résulte de l'état d'avancée des travaux portés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Haute Autorité de Santé ou encore l'assurance maladie en matière d'organisation de soins et de modalisation du parcours, notamment dans le cadre des expérimentations prévues par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018<sup>(1)</sup>. Par ailleurs, l'enjeu est d'importance car, selon les données du ministère des solidarités et de la santé, ces deux maladies représentent plus de 4 millions de patients. Ces forfaits pourraient être élargis en 2020 à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire comme l'asthme ou aux maladies neurologiques vasculaires.

Le premier alinéa de l'article L. 162-22-6-2 précise également les prestations qui pourront bénéficier de la rémunération forfaitaire en lieu et place de la tarification à l'activité qui s'applique aujourd'hui. Seront concernées :

– les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie (MCO), notamment les prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 ;

– les consultations et actes externes mentionnées à l'article L. 162-26. L'usage d'outils connectés de télémédecine et de téléconsultation entrant dans le champ des consultations et actes externes, leur financement, aujourd'hui assuré dans un cadre conventionnel, sera intégré comme toutes autres consultations au sein du forfait ;

– la prise en charge des honoraires des médecins employés en tant que salariés des établissements de santé privés, ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé, mentionnés à l'article L. 162-26-1.

La mise en place de la forfaitisation pour la prise en charge des pathologies chroniques ne concerna, à ce stade, que les établissements de santé, publics et privés, et n'inclura pas la médecine de ville. Le parcours de soins pour la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques sera donc limité aux soins et prestations reçus dans le cadre hospitalier. Toutefois, le cahier des charges proposé aux établissements pourra prévoir des indicateurs spécifiques sur la coordination ville hôpital.

Selon l'étude d'impact, les forfaits seront financés par redéploiement des financements à l'activité de la prise en charge des pathologies concernées. Si l'impact direct net de la mesure sur l'ONDAM est neutre, l'impact brut sera élevé à moyen terme. La meilleure prise en charge des soins de prévention et d'éducation thérapeutique des patients devrait conduire, à moyen terme, à diminuer les dépenses liées aux complications évitées sur les pathologies concernées. Un ralentissement de la croissance annuelle de l'ordre de 10 % des

---

(1) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

dépenses d'hospitalisation sur le champ du diabète et de l'IRC devrait permettre une économie annuelle estimée à 7 millions d'euros.

Les **2°**, **3°** et **4°** sont des dispositions de coordination à la suite de l'introduction de l'article L. 162-22-6-2 dans le code de la sécurité sociale.

Le **2°** modifie le I de l'article L. 162-22-10 relatif aux modalités de fixation par l'État des différents tarifs, forfaits et seuils applicables aux établissements de santé.

Le **a°** modifie le 2° en ajoutant la mention du forfait de prise en charge des pathologies chroniques créé par l'article L. 162-22-6-2.

Les **b** et **c** assurent la coordination avec un article de la LFSS pour 2018 <sup>(1)</sup> ayant abrogé l'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale en supprimant le 5° et la référence à cet article au dernier alinéa du I.

Le **3°** modifie l'article L. 162-22-12 du même code qui précise que l'État arrête le montant des forfaits dont désormais le forfait de prise en charge des pathologies chroniques.

Le **4°** modifie l'article L. 162-22-15, lequel détermine les conditions de versements des différents forfaits et dotations aux établissements de santé par les caisses primaires d'assurance maladie.

– Le **a** simplifie la rédaction de l'alinéa en faisant un renvoi aux articles du code de la sécurité sociale mentionnant les différents forfaits et dotations ;

– le **b** insère la référence à l'article L. 162-22-6-2.

\*

\* \*

---

(1) Article 66 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017

*Article 29*

**Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé (article 51 LFSS 2018)**

**Adopté par la commission avec modifications**

L'article 29 modifie l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, relatif à l'innovation organisationnelle.

Il rend possible de nouvelles dérogations dont la nécessité a été mise en exergue par les premiers échanges avec le terrain dans le cadre de la mise en œuvre de cet article :

- permettre le développement effectif de nouveaux modes de rémunération au sein des groupements de coopération sanitaire et des maisons de santé pluriprofessionnelles ;
- faire évoluer le droit des autorisations ;
- faciliter l'exercice mixte des praticiens hospitaliers en zone sous-dense.

Il permet également une meilleure articulation de cet article avec les expérimentations prévues à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, créé par l'article 51 de la loi HPST, et les expérimentations relatives à la télésurveillance prévues en LFSS pour 2018.

**I. L'ARTICLE 51 DE LA LFSS POUR 2018 : FAVORISER L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE AU SEIN DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ**

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 a instauré un cadre très large pour favoriser les expérimentations relatives à l'organisation de notre système de santé, et a mis en place un mécanisme de sélection, d'appui et d'évaluation de ces expérimentations (nouvel article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale).

Ces innovations peuvent avoir pour objectif :

– de favoriser l'innovation organisationnelle, non seulement dans le secteur sanitaire, mais également dans le secteur médico-social. Elles doivent concourir à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, en cherchant à :

○ optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé, la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;

○ organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients (financement au parcours notamment) ;

○ développer les modes d'exercice regroupé en participant à la structuration des soins de ville, notamment par le biais de regroupements pluriprofessionnels ;

○ favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

– d'améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé ou des prestations associées, et la qualité des prescriptions, en modifiant les conditions de prise en charge de ces produits, les modalités de rémunération des professionnels de santé et les conditions d'accès au forfait innovation.

Pour permettre la mise en place de ces organisations innovantes, de nombreuses dérogations au cadre législatif de droit commun ont été prévues par la loi.

En parallèle, une vraie gouvernance de ces expérimentations a été mise en place afin de sélectionner, d'appuyer et d'évaluer ces expérimentations, et un fonds d'appui a été prévu.

Selon les informations communiquées par le Gouvernement au rapporteur général, en septembre 2018, 270 lettres d'intention sur des projets à l'initiative des acteurs de santé avaient été déposées auprès des agences régionales de santé (ARS) ou auprès de la rapporteure générale du comité stratégique de l'article 51. Sept cahiers des charges correspondant à des projets finalisés ont également été transmis à la rapporteure générale par les ARS.

Les thèmes les plus fréquemment proposés par les porteurs de projet portent sur la prise en charge de l'obésité, la prise en charge du cancer et la santé mentale.

Parallèlement, le ministère des solidarités et de la santé et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ont lancé conjointement trois appels à manifestation d'intérêt afin d'accélérer le lancement de projets au niveau national relatifs au financement de l'épisode de soins en chirurgie, à l'incitation financière à la prise en charge partagée entre professionnels de santé sur un territoire donné ; au paiement en équipe de professionnels de santé en ville. Environ 170 porteurs de projets potentiels ont répondu à ces trois appels à manifestation d'intérêt.

Cependant, d'après les informations transmises au rapporteur général par le gouvernement, les premiers échanges avec le terrain montrent la nécessité d'étendre le champ de ce cadre expérimental, afin de soutenir des organisations innovantes au-delà des questions de tarification. Cet engagement a été pris dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 » présenté par le Président de la République le 18 septembre 2018.



## II. LE DROIT PROPOSÉ

### A. L'INSCRIPTION DE NOUVELLES DÉROGATIONS

Le 1° complète la liste des dispositions législatives auxquelles il peut être dérogé sous réserve de l'avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre des expérimentations prévues à L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

#### 1. Rendre effectif le développement de nouveaux modes de rémunération

Le nouveau cadre organisationnel créé par l'article 51 de la LFSS pour 2018 doit en particulier permettre le développement de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé.

Il s'agit notamment d'expérimenter le financement au parcours, qui permet de rémunérer globalement tous les acteurs intervenant dans la prise en charge des pathologies chroniques (ville et hôpital, transports, produits de santé, etc.) ou dans un épisode de soins (hospitalisation, soins pré et post-opératoires, ré-hospitalisations par exemple). L'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2018 envisageait également la possibilité d'ouvrir aux groupements volontaires, sélectionnés sur appel à projets, la possibilité d'un intéressement collectif intervenant en sus de la tarification de droit commun.

Or, le statut des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), seule forme juridique permettant aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) de recevoir des rémunérations collectives, les limite aujourd'hui à deux objets :

– la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun des associés ;

– l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels.

En conséquence, le présent article crée un nouveau g) du 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale qui permet de déroger :

– à l'article L. 4041-2 du code de la santé publique afin d'étendre l'objet des SISA aux différents objectifs fixés pour ces expérimentations ;

– aux dispositions relatives aux recettes des SISA définies à l'article L. 4042-1 du code de la santé publique.

Cette dérogation vise à permettre à des SISA, dans ce cadre expérimental, d'adapter leur statut pour la durée de l'expérimentation pour rendre possible l'encaissement sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de ses membres et le reversement de ces rémunérations à chacun d'eux.

Dans l'état actuel du droit, il est également impossible de verser des rémunérations collectives à un groupement de coopération sanitaire (GCS), car l'article L. 6133-1 du code de la santé publique précise que ces structures poursuivent un but non lucratif.

Or, le GCS est un outil de coopération privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé et entre la ville et l'hôpital, puisqu'il permet d'associer des établissements de santé publics et privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou même les acteurs du secteur médico-social.

En conséquence, le présent article crée un nouveau *h*) du 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, qui permet de déroger à cette disposition de l'article L. 6133-1 du code de la santé publique, afin de permettre la distribution d'un intéressement collectif aux membres d'un GCS, pour la durée de l'expérimentation.

## **2. Faire évoluer le droit des autorisations**

Le présent article ouvre également la possibilité de déroger à diverses dispositions relatives au droit des autorisations sanitaires, afin « *de tester des organisations plus souples répondant à une spécificité territoriale forte ou de proposer des modalités de prises en charge innovantes tenant compte de nouvelles techniques, thérapeutiques, process, équipements* », pour reprendre les termes de l'étude d'impact.

Il permet de déroger :

– aux conditions techniques de fonctionnement devant être satisfaites par un établissement de santé afin d'obtenir une autorisation, prévues à l'article L. 6122-2 du code de la santé publique, pour la durée de l'expérimentation. Il ajoute pour cela un *e*) au 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

– aux dispositions de l'article L. 6312-4 relatives aux autorisations de transports sanitaires, afin de permettre aux ARS d'adapter les autorisations de mise en service de véhicules sanitaires affectés aux transports terrestres aux besoins des établissements de santé. Il ajoute pour cela un *i*) au 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

## **3. Faciliter l'exercice mixte des praticiens hospitaliers en zone sous-dense**

L'article permet de déroger aux articles L. 6154-2 et L. 6154-3 du code de la santé publique, relatifs à l'exercice libéral des praticiens hospitaliers, en ajoutant un nouveau *f*) au 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

En effet, aujourd’hui, les praticiens peuvent, sous certaines conditions, exercer en libéral, mais exclusivement au sein des établissements dans lesquels ils ont été nommés.

Cette dérogation permettrait à un praticien de réaliser, là où les difficultés d’accès aux soins sont les plus fortes et sans dépassements d’honoraires, une activité en dehors de son hôpital, par exemple en maison de santé ou en cabinet de ville.

Cette disposition s’inscrit directement dans l’esprit du plan « Ma Santé 2022 », qui prévoit de transformer les conditions d’exercice des métiers dans la communauté hospitalière, en facilitant leur exercice extrahospitalier, en particulier dans des maisons de santé pluriprofessionnelles.

## **B. ARTICULATION AVEC D’AUTRES DISPOSITIFS EXPÉRIMENTAUX**

Le 3° permet d’intégrer partiellement d’autres types d’expérimentations au cadre expérimental prévu par la LFSS pour 2018 :

– les expérimentations prévues à l’article L. 4011-1 du code de la santé publique, créé par l’article 51 de la loi HPST <sup>(1)</sup> ;

– les expérimentations relatives à la télésurveillance prévues en LFSS pour 2018.

● L’article 51 de la loi HPST a permis la mise en place, à titre dérogatoire et à l’initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d’actes ou d’activités de soins entre professionnels de santé.

Ces protocoles doivent être autorisés par voie d’arrêté par le directeur général de l’ARS, lui-même pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé (HAS), et, pour les protocoles impliquant un financement dérogatoire, après avis du collègue des financeurs dédié.

Selon le Haut Conseil pour l’avenir de l’assurance maladie (HCAAM), 21 protocoles de coopérations et près de cent expérimentations régionales ont été mis en place <sup>(2)</sup>. Parmi ces expérimentations, on compte principalement des délégations de l’ophtalmologiste à l’orthoptiste, du radiologue au manipulateur radio (en particulier pour les échographies), le suivi des patients diabétiques, le dépistage de certaines pathologies comme la rétinopathie diabétique, la prescription et la réalisation de vaccinations et de sérologies par des infirmiers.

Une partie de ces expérimentations peuvent également relever de l’article 51 de la LFSS pour 2018, ce qui oblige aujourd’hui les porteurs de projet

---

(1) [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article\\_51](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_51)

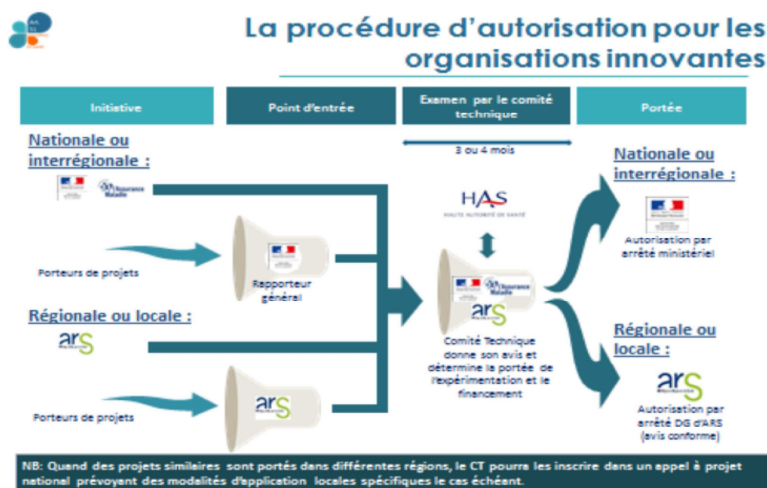
(2) HCAAM, *Contribution à la transformation du système de santé*, 2018.

à réaliser les démarches afférentes aux deux dispositifs, rendant de telles candidatures difficiles à porter.

- Le IV de l'article 54 de la LFSS pour 2018 <sup>(1)</sup> prévoit la mise en place d'expérimentations de télémédecine, restreintes aux actes de télésurveillance, sur le territoire métropolitain et en outre-mer pour une durée de 4 ans.

- Or, selon l'étude d'impact, de nombreux projets innovants combinent potentiellement un protocole de coopération, l'utilisation de la télésurveillance et un financement innovant.

Afin de simplifier les démarches pour les porteurs de projets et de mieux articuler ces dispositifs, il est donc proposé que ces expérimentations soient soumises à la procédure de sélection prévue au III de l'article 51 de la LFSS pour 2018, et rappelée dans le graphique ci-dessous :



Source : Circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018, annexe 5.

Le **deuxième alinéa du 3°** prévoit ainsi que les expérimentations réalisées dans le cadre de l'article de l'article 51 de la LFSS pour 2018, c'est-à-dire répondant aux objectifs fixés par celui-ci et dérogeant à au moins une de dispositions législatives mentionnées, si elles comportent également une démarche de coopération telle que prévue par l'article 51 de la loi HPST (L. 4011-2 du code de la santé publique), sont soumises à la procédure prévue par l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Les dispositions prévues aux articles L. 4011-2 à L. 4011-3 relatives à la procédure à suivre pour ces protocoles de coopération ne sont donc pas applicables dans ce cas, à l'exception des dispositions relatives à l'enregistrement

(1) <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/CPAX1725580L/jo/texte#JORFARTI000036339175>

auprès de l'ARS des professionnels de santé appliquant ces protocoles (deux premiers alinéas de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique).

Le **dernier alinéa du 3°** prévoit que les expérimentations réalisées dans le cadre de l'article 51 et relatives à la télésurveillance sont soumises à la procédure et aux règles de financement prévus par l'article 51 de la LFSS, qui se substituent à la procédure et au financement initialement prévus pour ces expérimentations issues de l'article 54 LFSS pour 2018.

### **C. AUTRES DISPOSITIONS**

Le 2° effectue la renumérotation nécessitée par ces nouvelles dispositions.

\*

\* \*

#### *Article 30*

### **Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants**

#### **Adopté par la commission avec modifications**

L'article 30 crée un nouveau régime social pour les médecins et les étudiants effectuant des remplacements de manière occasionnelle, plus simple et plus souple que le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). L'objectif est d'encourager les médecins à effectuer des remplacements ponctuels, en particulier dans les zones sous-denses.

Ce nouveau régime social s'appuie sur une assiette et un taux simples, mais également sur des formalités administratives facilitées (rôle de guichet unique de la CPAM, déclaration et paiement des cotisations simultanées, service dématérialisé).

La projection de temps médical supplémentaire est l'une des clés pour garantir l'accès aux soins sur tout le territoire à court terme, alors que le nombre de médecins est aujourd'hui contraint. Le présent article s'inscrit dans cet objectif, en facilitant le remplacement en libéral de manière occasionnelle.

### **I. UN RÉGIME SOCIAL COMPLEXE AUJOURD'HUI PEU ADAPTÉ AUX REMPLACEMENTS OCCASIONNELS EN LIBÉRAL**

Le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) est un régime spécifique existant au profit des praticiens et auxiliaires médicaux exerçant leur activité libérale sous convention, en contrepartie des contraintes liées au conventionnement. Les PAMC relèvent du régime général pour l'assurance maladie-maternité et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAV-PL) pour les risques invalidité et vieillesse.

Afin d'inciter les professionnels de santé à adhérer au secteur conventionnel, un système de prise en charge partielle par l'assurance maladie de certaines cotisations de ces professionnels a par ailleurs été progressivement mis en place.

Ce régime implique des formalités sociales comparables à celles assumées par les autres travailleurs indépendants, telles que la nécessité de tenir une comptabilité précise des charges ou la création d'un compte auprès de l'URSSAF. Il est adapté aux médecins exerçant en libéral toute l'année, qu'ils soient installés ou remplaçants, mais la lourdeur des formalités administratives à assumer, la complexité du calcul de l'assiette et des taux appliqués et le décalage entre la perception des revenus et le paiement des cotisations sont autant d'éléments désincitatifs pour des médecins qui ne souhaitent exercer en libéral qu'à titre accessoire, en pratiquant des remplacements de manière très ponctuelle.

**EXEMPLE DES COTISATIONS DUES POUR UN MÉDECIN CONVENTIONNÉ EN SECTEUR 1**

<b>Cotisations maladie</b>	Sur l'assiette de la participation de l'assurance maladie (revenus tirés de l'activité conventionnée hors dépassements d'honoraires) : 6,50 %			Sur le reste du revenu d'activité non salarié : 9,75 %		
	À la charge du médecin : 0,10 %	Prise en charge par l'assurance maladie : 6,40 %				
<b>Cotisations allocations familiales</b>	Sur l'assiette de la participation de l'assurance maladie			Sur le reste du revenu d'activité non salarié		
	Revenus inférieurs à 43 705 euros : 0 %	Revenus entre 43 705 et 55 625 euros : entre 0 % et 3,10 %	Revenus supérieurs à 55 625 euros : 3,10 %	Revenus inférieurs à 43 705 euros : 0 %	Revenus entre 43 705 et 55 625 euros : entre 0 % et 3,10 %	Revenus supérieurs à 55 625 euros : 3,10 %
	Prise en charge par l'assurance maladie à hauteur de 100, 85 ou 70 % selon la tranche de revenus					
<b>CSG-CRDS</b>	9,70 % du revenu d'activité non salarié et des cotisations personnelles obligatoires. 6,70 % sur les revenus de remplacement (maternité, congé paternité ...).					
<b>Contribution à la formation professionnelle</b>	0,25 % du plafond annuel de la sécurité sociale					
<b>Contribution aux unions régionales des professionnels de santé</b>	0,50 % du revenu d'activité non salarié dans la limite de 199 euros pour 2018					

Source : URSSAF.

Un pas vers une plus grande simplicité de ce dispositif a déjà été fait dans la LFSS pour 2018, dont l'article 25 a permis de faciliter les conditions d'affiliation au régime PAMC pour les étudiants non-thésés, de supprimer le délai préalable d'exercice libéral de trente jours qui existait jusqu'alors avant de pouvoir s'affilier au régime PAMC ainsi que la condition d'adhésion simultanée à l'un des régimes de base de l'assurance maladie.

Toutefois, afin de faciliter ces remplacements occasionnels et de les rendre plus attractifs, il apparaît nécessaire d'aller plus loin en créant un régime social simplifié adapté aux besoins de ces médecins.

## **II. LA CRÉATION D'UN RÉGIME SIMPLIFIÉ POUR LES MÉDECINS REMPLAÇANTS**

### **A. UNE ASSIETTE SIMPLIFIÉE ET UN TAUX UNIQUE**

Le II du présent article crée un régime social simplifié dédié aux médecins exerçant des remplacements à titre uniquement accessoire, en introduisant un nouvel article L. 642-4-2 au sein du code de la sécurité sociale.

Ce régime social simplifié est optionnel, les médecins éligibles le souhaitant pourront donc choisir de s'affilier au régime PAMC.

#### **1. Les bénéficiaires**

Seuls sont éligibles à ce régime simplifié :

– les médecins et les étudiants en médecine « non-thésés » remplissant les conditions fixées par l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, c'est-à-dire ayant suivi ou validé la totalité du deuxième cycle des études médicales, et validé, au titre du troisième cycle, un nombre de semestres déterminé selon la spécialité suivie, sans pour autant avoir soutenu leur thèse ;

– dont les rémunérations issues de l'activité de remplacement seront inférieures à un seuil fixé par décret.

Selon l'étude d'impact annexée au présent article, ce seuil serait fixé à environ 19 000 euros brut, soit environ 7 à 8 semaines de remplacement pour un médecin généraliste en secteur 1.

En revanche, si cela semble bien être l'intention du Gouvernement à travers cet article, il n'apparaît pas clairement dans le corps du dispositif que seuls sont éligibles à ce régime simplifié les médecins remplaçants des médecins conventionnés.

## **2. Le calcul des cotisations**

Ce régime social simplifié reposera sur une assiette simple et un taux unique :

– l’assiette sera calculée sur la base des rémunérations, définies dans l’étude d’impact comme les honoraires rétrocedés aux remplaçants, auxquelles sera appliquée le taux d’abattement prévu à l’article 102 *ter* du code général des impôts. Cet abattement de 34 % permettra de tenir compte des frais professionnels tout en dispensant le médecin de tenir une comptabilité précise de ses charges :

– le taux des cotisations et contributions sociales sera remplacé par un taux global unique. Ce taux sera appliqué par référence aux taux des contributions et cotisations sociales appliquées dans le régime PAMC après abattement de 34 %.

Selon l’étude d’impact, ce taux global devrait donc être égal à la somme des taux des cotisations sociales appliquée dans le régime PAMC pour une rémunération de 12 500 euros après abattement (correspondant au seuil de 19 000 euros après application de l’abattement de 34 %).

Un décret fixera ce taux, ainsi que les règles d’affectation des sommes versées entre les différents régimes et branches concernées.

## **B. DES MODALITÉS PRATIQUES SIMPLIFIÉES GRÂCE À UN GUICHET UNIQUE ET À DES SERVICES EN LIGNE**

Pour plus de visibilité pour les médecins concernés, ces cotisations et contributions sociales seront dues mensuellement ou trimestriellement selon le choix fait par le médecin, et non plus par le biais d’un appel de cotisations provisionnelles sur la base de la dernière déclaration de revenu, puis d’une régularisation l’année suivante.

Les CPAM (ou CGSS dans les départements et régions d’outre-mer) du territoire où sera effectué le remplacement joueront un rôle de « guichet unique » pour l’entrée dans le dispositif, faisant le lien entre les URSSAF (ou CGSS dans les départements et régions d’outre-mer) et les médecins et étudiants souhaitant opter pour ce régime.

Les organismes de recouvrement devront par ailleurs mettre en place un service dématérialisé dédié pour la déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations et contributions sociales.

## **C. AUTRES DISPOSITIONS**

Le **I** ajoute aux missions des URSSAF le calcul et l’encaissement de cette nouvelle cotisation.



Le **III** permet d'inclure les bénéficiaires de ce nouveau régime simplifié dans le régime d'assurance invalidité-décès géré par la CNAV-PL. Le mode de calcul de la cotisation applicable et des prestations versées devra être précisé par décret.

Le **IV** prévoit une entrée en vigueur de ce nouveau dispositif au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

\*  
\* \*

### *Article 31*

## **Étendre l'objet des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées**

### **Adopté par la commission avec modifications**

Alors que les maisons de santé – dont le doublement est prévu pour 2022 – constituent un support idéal pour le développement de l'exercice coordonné, les infirmiers en pratique avancée qui seront formés à partir de cette année ne pourraient pas, en l'état actuel du droit, être salariés par ces maisons de santé. L'article 31 modifie en conséquence le statut des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) afin de leur permettre de salarier des auxiliaires médicaux en pratique avancée.

## **I. LE DROIT EXISTANT**

### **A. LES PREMIERS INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE SERONT FORMÉS CETTE ANNÉE...**

De nombreux pays – notamment les États-Unis, le Royaume-Uni et le Canada – ont développé au cours des dernières décennies des professions de santé intermédiaires, et en particulier la profession « d'infirmier en pratique avancée », disposant d'un droit plus ou moins étendu de prescription.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 <sup>(1)</sup> a permis à la France de prendre ce tournant, en créant un nouvel article L. 4301-1 au sein du code de la santé publique, qui dispose que « *les auxiliaires médicaux peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire* ».

Ces auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée pourront pratiquer :

---

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

- des activités d’orientation, d’éducation, de prévention ou de dépistage ;
- des actes d’évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ;
- la prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d’examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

Les décrets n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l’exercice infirmier en pratique avancée et n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d’État d’infirmier en pratique avancée ont enfin permis de concrétiser cette évolution.

Les infirmiers en pratique avancée participeront à la prise en charge globale des patients, dont le suivi leur sera confié par un médecin, et à l’organisation des parcours de soins. Trois domaines d’intervention des infirmiers de pratique avancée ont pour le moment été définis :

– certaines pathologies chroniques stabilisées. C’est sur cet aspect de la pratique avancée que le développement de ces nouvelles professions en ville devrait être un levier important dans l’amélioration de l’accès aux soins, en libérant du temps médical et en améliorant le suivi de certains patients ;

– l’oncologie et l’hémato-oncologie ;

– les maladies rénales chroniques, dialyses et transplantations rénales.

Un diplôme d’État reconnu au niveau master, ouvert aux infirmiers ayant déjà exercé pendant plus de trois ans, sera dispensé sur une durée de deux ans, et une première génération d’infirmiers en pratique avancée sera donc diplômée en 2020.

## **B. ...MAIS NE PEUVENT POUR LE MOMENT PAS ÊTRE SALARIÉS PAR LES MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES**

Destinés à travailler au sein d’une équipe de soins, les infirmiers en pratique avancée auront évidemment toute leur place au sein des lieux d’exercice regroupés que sont les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé.

Toutefois, ils ne peuvent, dans l’état actuel du droit, exercer au sein des MSP qu’en tant que professionnels libéraux. En effet, contrairement aux centres de santé, au sein desquels les professionnels de santé sont salariés, les maisons de santé regroupent uniquement des professionnels de santé libéraux.

Or, la pratique en libéral ne correspond pas forcément aux aspirations des professionnels concernés, ni au positionnement de l’auxiliaire médical en pratique avancée. En effet, ce dernier interviendra principalement en appui de l’ensemble de

l'équipe soignante de la MSP, et le suivi des patients leur sera forcément confié par un médecin de l'équipe de soins primaires.

Il importe par ailleurs d'envoyer des signaux positifs aux professionnels souhaitant s'engager dans une formation en pratique avancée, en précisant les débouchés auxquels ils pourront prétendre une fois titulaires de leur diplôme.

## II. LE DROIT PROPOSÉ

Le présent article fait évoluer le statut des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) pour permettre aux MSP de salarier des auxiliaires en pratique avancée.

### **La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)**

Si le statut juridique des MSP est laissé au libre-choix des professionnels, qui peuvent notamment opter pour la création d'une association « loi 1901 », d'une société civile de moyens, d'une société civile immobilière ou d'une société d'exercice libérale, la SISA est la forme juridique la plus adaptée aux MSP. En particulier, seule la constitution en SISA permet de bénéficier des rémunérations collectives versées par l'assurance maladie pour valoriser la coordination.

Aujourd'hui, environ 500 des 1 000 MSP en fonctionnement sont constituées en SISA.

Créée par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 (loi Fourcade), la SISA a actuellement pour objet :

- la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ;
- l'exercice en commun, par ses associés, d'activité de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération.

Le I du présent article modifie le statut des SISA pour leur permettre de salarier des auxiliaires de pratique avancée.

Le 1° ajoute un troisième objet à ceux déjà prévus pour la SISA à l'article L. 4041-2 du code de la santé publique : l'exercice de la pratique avancée par des auxiliaires médicaux, tels que définis à l'article L. 4301-1 du même code. Ce troisième objet reste facultatif, l'article précisant que les statuts de la SISA doivent le prévoir expressément.

Le 2° prévoit que si la SISA choisit de salarier un auxiliaire de pratique avancée, elle devra s'inscrire à l'ordre de la profession concernée. En effet, aujourd'hui, au contraire des sociétés d'exercice libéral ou des sociétés civiles professionnelles qui doivent s'inscrire aux tableaux des ordres concernés, les SISA sont exemptées de cette formalité, et doivent seulement transmettre aux ordres concernés leurs statuts ou les avenants à ces statuts un mois avant leur enregistrement.

Le 3° précise que les recettes tirées de l'activité des auxiliaires médicaux en pratique avancée salariés constituent des recettes de la société et sont donc perçues par celle-ci.

En creux, on comprend également que si la pratique avancée est exercée à titre personnel par l'auxiliaire médical – et donc en libéral – les rémunérations issues de cette activité ne constituent pas une recette de la société, et ne sont donc pas facturées au nom de la société mais bien pour le propre compte des professionnels concernés, comme c'est le cas pour les associés de la SISA.

Enfin, le II permet en conséquence aux maisons de santé de facturer des soins à l'assurance maladie au titre des actes et prestations effectués par les auxiliaires de pratique avancée salariés. Il ajoute en effet l'exercice salarié en maison de santé à la liste des actes et prestations des professionnels de santé pouvant donner lieu à une prise en charge par l'assurance maladie définie à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

\*

\* \*

### *Article 32*

## **Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge**

### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 32 supprime l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation *via* une procédure établie par la HAS. Une jurisprudence récente de la Cour de Justice de l'Union européenne considère en effet ces logiciels comme des dispositifs médicaux, qui ne peuvent donc se voir imposer que la seule certification « CE ». Aux termes de cet article, cette obligation devient donc une simple possibilité.

Il prévoit également que pour des actions ciblées autour de la prévention ou de la pertinence des soins, l'assurance maladie peut transmettre aux médecins et aux pharmaciens certaines données personnelles de leurs patients.

Il garantit la bonne traçabilité des prescriptions hospitalières, en imposant la double identification personnelle et de la structure pour tous les médecins hospitaliers, qu'ils exercent dans le secteur public ou dans le secteur privé. L'absence de transmission de ces deux numéros pourra donner lieu à une récupération de l'indu auprès de l'établissement, comme c'est déjà le cas pour les établissements publics et privés non lucratifs. Une obligation de reporter ces informations s'imposera également aux pharmaciens.

L'article 32 vise, par le biais de trois mesures différentes, à assurer une plus grande pertinence et coordination des soins.

Comme le souligne l'étude d'impact, les mesures proposées par le présent article « *constituent des étapes supplémentaires afin de diffuser plus largement les*

*outils d'aide à la prescription, et de renforcer l'utilisation des données de santé pour chercher à atteindre une prise en charge toujours plus qualitative* ». Si ces mesures sont justifiées par la nécessité de mieux assurer le respect de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale *via* la maîtrise médicalisée, il convient toutefois de souligner que leurs conséquences sur l'équilibre peuvent apparaître comme étant trop indirectes pour pouvoir pleinement justifier une place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

## **I. LA CERTIFICATION DES LOGICIELS D'AIDE À LA PRESCRIPTION ET À LA DISPENSATION**

### **A. UNE OBLIGATION DE CERTIFICATION DEVENUE CONTRAIRE AU DROIT EUROPÉEN**

#### **1. Une obligation de certification progressivement mise en place....**

Depuis 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS) est chargée d'établir une procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription (LAP).

Ces logiciels doivent notamment, aux termes de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale :

- intégrer les recommandations et avis médico-économiques identifiés par la HAS ;

- prescrire directement en dénomination commune internationale ;

- afficher le prix des produits et le montant total de la prescription, l'appartenance du produit au répertoire des génériques ou à la liste de référence des biosimilaires ;

- fournir une information relative à leur concepteur et à la nature de leur financement.

Cette procédure de certification a été étendue aux logiciels d'aide à la dispensation et rendue obligatoire par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Le champ de cette certification a été progressivement élargi :

- aux logiciels d'aide à la dispensation (LAD) utilisés par les pharmacies à usage intérieur des hôpitaux, et non plus aux seules pharmacies d'officine, par l'article 148 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ;

- à la prescription et à la dispensation de dispositifs médicaux, et non plus seulement de médicaments, par l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018.

Selon la HAS, 85 % des médecins généralistes et 52 % des établissements de santé sont aujourd'hui dotés d'un logiciel ainsi certifié <sup>(1)</sup>.

## 2. ...qui apparaît contraire au droit européen

- Le Conseil d'État, saisi par le SNITEM et Philips France de l'annulation du décret pris pour application de ces dispositions <sup>(2)</sup>, a saisi la Cour de Justice de l'Union européenne (CJUE) d'une question préjudicielle afin de déterminer si les logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation peuvent être considérés comme des dispositifs médicaux.

- En réponse à cette question préjudicielle, la CJUE a considéré, dans son arrêt du 7 décembre 2017 <sup>(3)</sup>, qu'un « logiciel dont l'une des fonctionnalités permet l'exploitation de données propres à un patient, aux fins, notamment, de détecter les contre-indications, les interactions médicamenteuses et les posologies excessives, constitue, pour ce qui est de cette fonctionnalité, un dispositif médical » au sens de la directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 sur les dispositifs médicaux, et ce « même si un tel logiciel n'agit pas directement dans ou sur le corps humain ».

- Les LAP et LAD étant considérés comme des dispositifs médicaux, ils doivent donc porter le marquage « CE ». En revanche, une fois ce marquage obtenu, ils peuvent être mis sur le marché et circuler librement dans l'Union européenne, sans nouvelle procédure de certification.

- Dans un arrêt du 12 juillet 2018 <sup>(4)</sup>, le Conseil d'État a tiré toutes les conséquences de cette décision en annulant les dispositions du décret relatives à la certification obligatoire des LAP et des LAD, et a condamné l'État à verser la somme de 2 000 euros aux requérants.

## B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article tire les conséquences de cette jurisprudence européenne, tout en maintenant le principe d'une certification par une procédure établie par la HAS et en favorisant le recours par les professionnels de santé à des logiciels certifiés.

En effet, selon la HAS, la certification de ces logiciels au niveau national reste une priorité pour améliorer les pratiques de prescription. Elle permet notamment l'adossement de ces logiciels à une base de données sur les

---

(1) Source : communiqué de presse de la HAS, 18 juillet 2018.

(2) Décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale.

(3) Affaire C-329/16.

(4) Conseil d'État, 1<sup>ère</sup> chambre, 12/07/2018, 387156.

médicaments et les dispositifs médicaux agréés par la HAS, et est un gage de neutralité de l'information contenue dans le logiciel.

### **1. Une certification devenue facultative...**

Le 1° du présent article supprime l'obligation de certification, tout en maintenant le principe d'une certification par une procédure établie par la HAS.

Le **b) du 1°** modifie l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale relatif à la procédure de certification de ces logiciels.

Il transforme l'obligation de certification des LAP et les LAD en une simple possibilité ouverte aux éditeurs.

Cette possibilité est ouverte aux logiciels aidant à la dispensation de médicaments, mais également de produits de santé et des prestations éventuellement associées, par les pharmacies d'officine et les pharmacies à usage intérieur. Les fonctionnalités qui doivent être fournies par le logiciel pour obtenir cette certification de la HAS seront fixées par décret en Conseil d'État.

Le **c)** ajoute un V à l'article L. 161-38, précisant les modalités de cette nouvelle certification facultative, afin d'en assurer le respect.

Ainsi, les éditeurs de logiciels demandant à bénéficier de cette certification devront s'engager à faire évoluer leur logiciel pour en assurer la conformité avec les évolutions des fonctionnalités exigées pour les logiciels certifiés.

Si l'éditeur ne respecte pas cet engagement – et sauf s'il s'agit d'une impossibilité technique – il s'exposera à des sanctions :

– le ministre en charge de la sécurité sociale pourra prononcer une pénalité financière à l'encontre de l'éditeur de logiciel, après l'avoir mis en demeure et recueilli ses observations. Cette pénalité est plafonnée à 10 % du chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France lors du dernier exercice clos pour les logiciels concernés. Son montant pourra varier en fonction de la gravité et de la durée du manquement constaté, et le cas échéant, du nombre de réitération des manquements. Elle sera recouvrée par les URSSAF, et recouvrée selon le droit commun applicable au recouvrement des cotisations et des différends pouvant naître de celui-ci, défini aux articles L. 137-3 et L. 137-4 du code de la sécurité sociale. Son produit sera affecté à la CNAM ;

– en cas de manquements répétés aux engagements pris par l'éditeur, la certification pourra être retirée.

S'il partage pleinement l'intention contenue dans cette mesure, le rapporteur général s'interroge sur la pertinence des sanctions financières qui sont prévues, qui semblent à première vue relever plutôt du domaine contractuel, ainsi

que sur les modalités de leur mise en œuvre. Il conviendra en tout état de cause d'éviter que ces sanctions aient un effet désincitatif sur les éditeurs de logiciel.

Par coordination avec l'article 43 du présent projet de loi, le **a)** du **1°** prévoit que les LAP certifiés doivent indiquer l'appartenance d'un produit au registre des médicaments hybrides nouvellement créé, de la même manière qu'ils indiquent aujourd'hui l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques.

## **2. ...mais assortie d'incitations**

Le **b)** du **3°** ouvre la possibilité d'inciter les médecins à recourir aux LAP certifiés par la HAS, en ajoutant à la liste des engagements individualisés pouvant donner lieu à une rémunération sur objectifs de santé publique définis à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale l'utilisation d'un tel logiciel.

La même incitation est prévue au **7°** pour l'utilisation des LAD par les pharmaciens, qui modifie l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale relatif à la convention des pharmaciens d'officine.

Ces incitations seront déterminées par la voie conventionnelle.

Parallèlement, le **a)** du **3°** supprime la possibilité d'attribuer une aide directe à l'utilisation et à l'acquisition d'un LAP certifié aux médecins prévue par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

## **II. DES OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION ENRICHIS DE NOUVELLES DONNÉES**

Le **2°** du présent article crée un nouvel article L. 162-2-3 du code de la sécurité sociale.

Ce nouvel article prévoit que dans le cadre d'actions de prévention ou participant à la pertinence de soins ciblées, l'assurance maladie peut transmettre aux médecins et aux pharmaciens certaines données personnelles de leurs patients.

En effet, selon l'étude d'impact, « *si chaque professionnel est tenu de communiquer plusieurs éléments à l'assurance maladie dans le cadre du remboursement des actes et prestations notamment dans l'intérêt de la santé publique, le professionnel de santé ne reçoit pas toujours en retour suffisamment d'informations de l'assurance maladie qui lui permettraient pourtant de suivre, de manière plus personnalisée, le parcours de ses patients* ». Ces données sont donc insuffisamment exploitées et ne permettent pas aux professionnels d'améliorer leurs pratiques. Les informations transmises pourraient par exemple être la date d'éligibilité d'un patient à une mesure de prévention ou à la réalisation d'un vaccin.



Cette transmission est conditionnée au consentement des patients, dûment informés par ces professionnels ou par l'assurance maladie, dans le respect de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978.

Ces informations doivent avoir un lien direct avec l'objet des actions de prévention ou relatives à la pertinence des soins ciblées, et être nécessaires à une meilleure prise en charge du patient, en termes de qualité ou de pertinence des soins. Elles peuvent comprendre des données administratives relatives aux patients, des données liées au remboursement par l'assurance maladie ou des informations à caractère médical dont dispose l'assurance maladie.

Ces informations peuvent être transmises aux professionnels concernés soit à l'aide de services dématérialisés par l'assurance maladie (compte « amélipro » par exemple), soit directement par ses agents, soit par les services d'information des établissements de santé (notamment par le biais de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'ATIH).

### **III. GARANTIR LA BONNE IDENTIFICATION DES PRESCRIPTIONS**

#### **A. LE DROIT EN VIGUEUR**

Comme pour les professionnels libéraux, les prescriptions hospitalières exécutées en ville doivent être identifiées par prescripteur. Or, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2016, « à l'hôpital, encore aujourd'hui, l'auteur d'une prescription hospitalière reste souvent anonyme. Cette situation n'est pas de nature à responsabiliser les praticiens, ni à faciliter leurs échanges mutuels ou avec d'autres professionnels de santé »<sup>(1)</sup>.

● L'article 162-5-15 du code de la sécurité sociale impose aux médecins exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, dans les hôpitaux des armées, dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif, ainsi que les médecins salariés en centre de santé, d'être identifiés par un numéro personnel, distinct du numéro de la structure dans laquelle ils exercent. Dans des cas définis par décret, ce numéro personnel doit figurer sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie en vue de la prise en charge des soins dispensés par ces médecins.

Dans la pratique, les médecins sont tenus de faire figurer sur leurs prescriptions leur numéro RPPS (identification personnelle) ainsi que le numéro FINESS de la structure dans laquelle il travaille.

L'article L. 162-5-16 du code de la sécurité sociale met à la charge des établissements de santé les dépenses de remboursement induites par les actes et

---

(1) Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2016, Chapitre VII La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical.

prescriptions exécutés en ville, en cas d'impossibilité pour l'assurance maladie d'identifier le médecin hospitalier au moyen du couple numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé)/numéro FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux).

Pour les autres professionnels de santé, et notamment pour les médecins exerçant dans des établissements privés lucratifs, cette obligation de double identification n'existe qu'au niveau réglementaire <sup>(1)</sup>.

● Malgré cet ensemble d'obligations, cette obligation est encore insuffisamment appliquée dans la pratique. Ainsi, en 2015, selon une étude menée par l'assurance maladie, le taux de prescriptions hospitalières exécutées et délivrées en ville comportant le numéro d'inscription au RPPS était de seulement 5,3 % pour les médicaments, 2,4 % pour les arrêts de travail et 0,3 % pour les transports <sup>(2)</sup>.

Pourtant, cette double identification est essentielle pour mener des actions pertinentes de maîtrise médicalisée : c'est elle qui permet de faire reposer les actions menées par l'assurance maladie sur les médecins individuellement, et pas uniquement sur la structure ou le service auquel ils appartiennent.

● Afin d'augmenter ce taux, des objectifs relatifs au taux d'identification des prescripteurs ont été inclus dans le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficié des Soins (CAQES), et dans les rémunérations sur objectif des pharmaciens, l'avenant n° 9 à la convention nationale mettant en place un engagement des pharmaciens portant sur la transmission du numéro d'identification des prescripteurs hospitaliers au RPPS. Ces mesures incitatives apparaissent aujourd'hui insuffisantes.

## **B. LE DROIT PROPOSÉ**

Les 4°, 5° et 6° du présent article renforcent l'obligation de double identification des prescripteurs hospitaliers et en étendent la portée.

### **1. L'élargissement du champ des professionnels concernés**

Au niveau législatif, la double identification ne s'impose aujourd'hui qu'aux prescripteurs exerçant dans les hôpitaux publics et privés non lucratifs auparavant sous dotation globale.

Le 4° modifie l'article L. 162-5-15 du code de la sécurité sociale. Il étend le champ des professionnels devant être disposer d'un numéro personnel distinct de celui de leur structure à tous les médecins exerçant au moins en partie en établissement de santé (public comme privé), à titre libéral ou salarié (**a**)).

---

(1) Article R161-42 pour les feuilles de soins et R. 161-45 pour les ordonnances.

(2) Source : Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2016, Chapitre VII La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical.

Les cas dans lesquels le numéro personnel et le numéro de la structure dans laquelle l'acte, la consultation ou la prescription a été réalisé doivent figurer sur les documents transmis à l'assurance maladie pour la prise en charge de ces soins seront précisés par décret (**b**)).

Le 5° modifie l'article L. 162-5-16, qui met à la charge des établissements de santé les dépenses de remboursement induites par les actes et prescriptions exécutés en ville en cas d'impossibilité pour l'assurance maladie d'identifier le médecin hospitalier au moyen du couple numéro RPPS/numéro FINESS, et qui s'appliquera donc désormais également aux établissements privés.

Il précise que cette identification doit être exacte, et comprendre à la fois le numéro personnel et le numéro de la structure.

## **2. Une nouvelle responsabilité pour les pharmaciens**

Le 6° permet de responsabiliser les pharmaciens, qui jouent également un rôle clé dans cette double identification auprès de la CNAM.

Il crée un nouvel article L. 162-5-18 au sein du code de la sécurité sociale. Cet article impose aux pharmaciens exécutant l'ordonnance comportant ou devant comporter le numéro personnel et le numéro de la structure mentionnés à l'article L. 162-5-15 de reporter ces numéros sur les documents transmis à l'assurance maladie. En cas de non-respect de cette obligation ou de transmission d'éléments erronés, le pharmacien pourra être contraint à restituer l'indu.

\*  
\* \*

### *Article 33*

## **Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires**

### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 33 permet à tous les assurés d'accéder à un panier de soins sans reste à charge dans trois domaines : l'optique, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires.

Cet article instaure par ailleurs un nouvel examen bucco-dentaire obligatoire à l'âge de trois ans, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

## **I. LA MISE EN PLACE DU RESTE À CHARGE ZÉRO POUR LES SOINS DENTAIRES PROTHÉTIQUES, LES AIDES AUDITIVES ET LES DISPOSITIFS D'OPTIQUE MÉDICALE**

### **A. UN RESTE À CHARGE ÉLEVÉ DANS TROIS SECTEURS QUI CONDUIT À DES RENONCEMENTS AUX SOINS**

#### **1. Des restes à charge élevés sur l'optique, les aides auditives et les prothèses dentaires**

La France est l'un des pays de l'OCDE où le reste à charge des ménages est parmi les plus faibles : il représente 7,5 % des dépenses de santé, 77,8 % de ces dépenses étant prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et 13,2 % par l'assurance maladie complémentaire <sup>(1)</sup> en 2017 <sup>(2)</sup>.

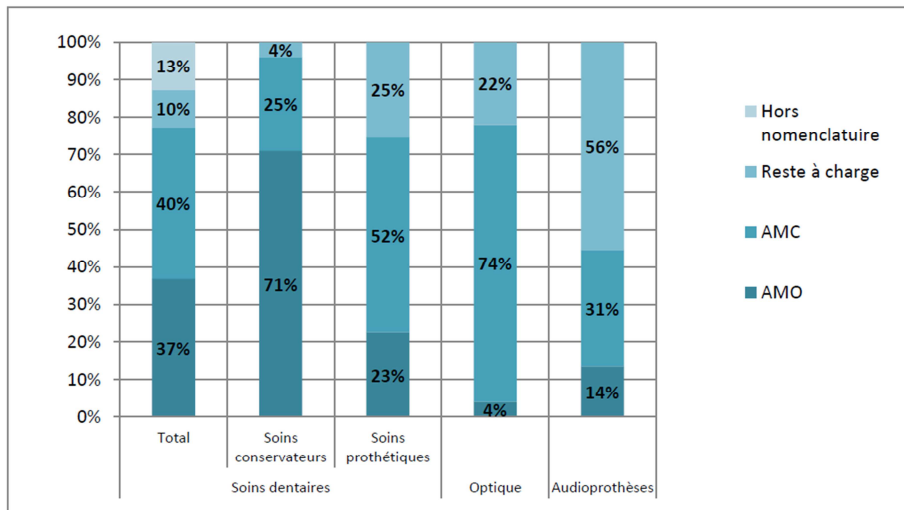
Il demeure néanmoins important dans trois domaines : l'optique, les aides auditives et les prothèses dentaires. Ainsi, le reste à charge des assurés après intervention de l'assurance maladie complémentaire représente 22 % de la dépense en optique, 25 % en soins prothétiques dentaires et atteint 56 % pour les aides auditives.

---

(1) Les 1,5 % restants représentent les prises en charge de l'État au titre des prestations versées aux invalides de guerre, des soins urgents ainsi que de l'aide médicale de l'État et des organismes de base au titre des soins des titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

(2) Les dépenses de santé en 2017, Résultats des comptes de la santé, édition 2018 - <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>

**PART DES DÉPENSES PRISES EN CHARGE PAR LES ASSURANCES MALADIES OBLIGATOIRE (AMO), COMPLÉMENTAIRE (AMC) ET PAR L'ASSURÉ (RESTE À CHARGE) DANS LES TROIS SECTEURS**



Source : Commission des comptes de la santé, 2017.

Une récente étude réalisée par l'institut CSA Research en septembre 2018 montre que « pour une grande majorité de Français » (57 %) », le reste à charge a augmenté au cours des cinq dernières années. Les soins dentaires et d'optique « sont de loin considérés comme ceux pour lesquels le reste à charge est le plus élevé, pour huit Français sur dix (respectivement 82 % et 77 % des répondants). Viennent ensuite les prothèses auditives, les consultations de spécialistes et les actes de kinésithérapeutes/ostéopathes » <sup>(1)</sup>.

À titre d'illustration, le coût d'une prothèse en céramique pour les assurés, après remboursement de l'assurance maladie et des complémentaires santé, est en moyenne de 195 euros et peut atteindre près de 550 euros, comme le montre l'exemple ci-dessous.

**Exemple 1 - Reste à charge sur une couronne en céramique\* selon les prix pratiqués**

Sur ce type de prothèse, la base de remboursement 'Sécurité sociale' est de 107,50€, impliquant un remboursement par l'Assurance Maladie de 75,25€, le ticket modérateur étant de 32,25€.

Le remboursement par les complémentaires s'élève en moyenne à 247,25€ (selon un taux de remboursement moyen hors ticket modérateur à 230%),

**Facturée à 550 euros (son prix moyen), elle implique aujourd'hui un reste à charge moyen pour l'assuré de 195€.**

**Facturée à 900 euros (exemple dans la fourchette haute observée à Paris), le reste à charge moyen pour le patient monte alors à 545,25€.**

\*Pour une couronne en métal recouverte de céramique

Source : Direction de la sécurité sociale.

(1) Enquête menée par CSA Research pour Cofidis France en septembre 2018 auprès d'un échantillon de plus de mille personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

Les personnes les plus modestes sont les plus pénalisées par le coût élevé des équipements d'optique et des prothèses dentaires ou auditives. En effet, le poids du reste à charge représente, toutes dépenses médicales confondues, 1,6 % des ressources des ménages du premier décile puis décroît jusqu'à 0,7 % des ressources pour les ménages du dernier décile <sup>(1)</sup>.

Or, l'accès à ces dispositifs médicaux répond à une exigence à la fois sanitaire et sociale. Par exemple, un appareillage auditif correct permet à la fois d'éviter le développement de troubles cognitifs et de lutter contre la désinsertion sociale des personnes âgées.

## **2. Un renoncement aux soins important dans ces secteurs**

L'existence de restes à charge élevés a pour conséquence des taux de renoncement aux soins pour raisons financières importants dans les secteurs dentaire, de l'optique et des aides auditives, en particulier pour les personnes aux revenus les plus modestes.

Ainsi, selon les derniers résultats de l'enquête « *Santé et protection sociale* », menée par l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDSE), le taux de renoncement moyen pour des raisons financières s'établissait en 2014 à :

– 16,8 % en moyenne pour les soins dentaires, mais 28 % pour le premier quintile de revenus et 23 % pour le second quintile ;

– 10,1 % en moyenne pour l'optique, mais 17 % pour le premier quintile de revenus et 14 % pour second quintile ;

Par ailleurs, le taux d'équipement des personnes ayant une déficience auditive est estimé à seulement 32,5 % en 2017.

## **B. LA MISE EN PLACE DU RESTE À CHARGE ZÉRO SUR UN PANIER DE SOINS « 100 % SANTÉ »**

### **1. Une large concertation menée avec succès avec les professionnels de chaque secteur**

Une phase de concertation visant à préparer la réforme du « reste à charge zéro » a été lancée en janvier 2018 au sein de chacun des trois secteurs (optique, dentaire, audioprothèses). Les négociations, qui ont associé l'ensemble des parties prenantes, ont abouti à la signature d'accords en juin 2018. Chaque accord a donné lieu à la définition d'un panier d'équipements dits « 100 % santé », qui

---

(1) « La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie », *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Études et résultats n° 815, octobre 2012 - <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er815.pdf>*

doivent faire l'objet d'une prise en charge intégrale par les assurances maladies obligatoire et complémentaire d'ici 2021.

• La convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie a été signée le 21 juin 2018 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) et deux syndicats, la confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) et l'Union dentaire, représentant 60 % de la profession. Elle a été approuvée par la ministre des solidarités et de la santé et par le ministre de l'action et des comptes publics par un arrêté du 20 août 2018 <sup>(1)</sup>.

#### **L'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018**

La signature de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie a été permise par l'article 62 de la LFSS pour 2018, qui a reporté l'entrée en vigueur du règlement arbitral portant sur le rééquilibrage de l'activité dentaire au profit des soins conservateurs et chirurgicaux d'une part, sur la réévaluation des actes conservateurs des tissus dentaires d'autre part.

Ce règlement arbitral exceptionnel avait été prévu par l'article 75 de la loi de financement pour 2017 en cas d'échec des négociations engagées sur un avenant à la convention entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes. Il avait été approuvé le 29 mars 2017 par le Gouvernement de la précédente majorité.

Le report de son application par la dernière LFSS a permis la réouverture des négociations conventionnelles, qui ont donc abouti à un accord en juin 2018.

Un dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire au profit des soins conservateurs et chirurgicaux est prévu à l'article 4 de la convention. Il repose, d'une part, sur une revalorisation progressive de soins bucco-dentaires fréquents, concentrée sur les soins conservateurs de la dent et des tissus dentaires, et, d'autre part, sur la définition d'honoraires limites (plafonds) de facturation progressifs pour des actes faisant l'objet d'une entente directe, applicables à une liste d'actes prothétiques ciblés, dont le champ sera progressivement élargi.

L'article 4 de la convention précise ainsi que « *sous réserve de dispositions législatives et réglementaires, un certain nombre d'actes [prothétiques] pour lesquels un honoraire limite de facturation est instauré dans la convention ferait l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, afin de les rendre accessibles sans reste à charge. L'annexe 5 présente la liste des actes susceptibles d'être concernés ainsi que l'équilibre global fondant la répartition des actes à entente directe entre les actes sans reste à charge, les actes pour lesquels l'entente directe serait limitée, et les actes pour lesquels l'entente directe serait libre (3 paniers)* ».

---

(1) Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie - <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037335538&categorieLien=id>

- En matière d'optique, un protocole d'accord a été signé le 13 juin 2018 par deux des trois syndicats d'opticien, le rassemblement des opticiens de France (ROF) et le syndicat national des centres d'optique mutualistes (SYNOM), représentant plus de 80 % de la profession.

- L'ensemble des syndicats d'audioprothésistes – le syndicat national des entreprises de l'audition (SYNEA), le syndicat national des audioprothésistes (UNSAF) et le syndicat national des centres audition mutualiste (SYNAM), ainsi que le syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM), représentant les industriels, sont également parvenus à un protocole d'accord le 13 juin dernier.

Les dispositifs d'optique et les aides auditives figurant sur la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie (LPP), une phase réglementaire de mise en œuvre de la réforme a été lancée dans ces deux secteurs après la phase de négociations avec les professionnels. Deux avis de projets modifiant les modalités de prise en charge des dispositifs médicaux d'optique d'une part et des aides auditives d'autre part ont été publiés respectivement le 21 avril 2018 et le 21 juin 2018. Deux avis de projet de fixation de tarifs et de prix limites de vente au public dans ces deux secteurs ont également été publiés le 21 juin 2018. Ces avis ont été soumis à la Haute Autorité de Santé (HAS) avant la signature, par les ministres concernés, des conventions arrêtant le contenu et les modalités de prise en charge des paniers de soins « 100 % santé » dans les secteurs de l'optique et des aides auditives, qui devrait intervenir avant la fin de l'année 2018.



**LE PANIER DE SOINS « 100 % SANTÉ » TEL QUE DÉFINI À L'ISSUE DES NÉGOCIATIONS  
AVEC LES PROFESSIONNELS**

Optique	<ul style="list-style-type: none"><li>- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 euros. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes « 100 % santé » en deux coloris différents ;</li><li>- Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ;</li><li>- Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.</li></ul>
Aides auditives	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire ;</li><li>- Au moins 12 canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ;</li><li>- 4 ans de garantie ;</li><li>- Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie <math>\geq 6\ 000</math> Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération ;</li></ul>
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"><li>- Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et le prémolaire) ; couronnes céramique monolithique zircons (incisives et canines) ; couronnes métalliques toute localisation ;</li><li>- Inlays core et couronnes transitoires ;</li><li>- Bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zircon et métalliques toute localisation ; prothèses amovibles à base résine.</li></ul>

Le 2° du I procède à une modification rédactionnelle visant à corriger une erreur de référence à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, relatif au contenu des conventions nationales conclues entre l'UNCAM et, respectivement, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux.

## **2. La mise en œuvre du reste à charge zéro grâce à trois leviers**

Le présent article permet d'assurer une prise en charge intégrale des soins et équipements du panier « 100 % santé ». Cette offre gratuite sera accessible à tous les assurés grâce à un triple mécanisme :

- le relèvement des bases de remboursement de la sécurité sociale ;
- la fixation de prix limites de vente ;
- la couverture obligatoire du reste à charge par les contrats d'assurances complémentaires santé responsables.

Ainsi, le **b)** du 3° du I complète l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, relatif à la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire (LPP), par un alinéa aux termes duquel « *l'inscription sur la liste peut distinguer au sein d'une même catégorie de prestations plusieurs classes, définies, d'une part, en fonction du caractère primordial du service rendu et, d'autre part, du rapport entre ce service et le tarif ou le prix envisagé. L'une*

*au moins de ces classes a vocation à faire l'objet d'une prise en charge renforcée, par l'application des dispositions des articles L. 165-2, L. 165-3 ou L. 871-1* ». Ce nouvel alinéa vise à reconnaître que certaines catégories de produits ou prestations – en l'occurrence, ceux figurant dans le panier de soins « 100 % santé » – peuvent faire l'objet de prix maximum de vente (article L. 165-3), qu'ils peuvent donner lieu à une meilleure prise en charge par l'assurance maladie obligatoire que les produits ou prestations ne figurant pas dans ce panier de soins (article L. 165-2 modifié, voir *infra*), ainsi qu'à une prise en charge intégrale du reste à charge par l'assurance maladie complémentaire (article L. 871-1).

#### **a. Le relèvement des bases de remboursement de la sécurité sociale**

Pour être pris en charge par l'assurance maladie, les dispositifs médicaux doivent être inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP) prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. L'inscription sur la LPP résulte d'une décision du ministre des solidarités et de la santé, après avis de la Haute autorité de santé (HAS) <sup>(1)</sup>. Elle est subordonnée au respect de spécifications techniques, à la place du produit dans la stratégie thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap et aux conditions de prescription et d'utilisation.

Pour chaque produit qui la compose, la LPP définit un tarif de responsabilité (ou base de remboursement), établi par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé (CEPS), conformément à l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale. Cet article dispose que « *la fixation de ce tarif tient compte principalement de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs 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* ».

Chaque produit et prestation remboursable sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire à hauteur d'un pourcentage du tarif de responsabilité. Le prix public étant généralement supérieur au montant remboursé par la sécurité sociale, la différence est prise en charge par le patient ou par son assurance maladie complémentaire.

L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par le **b)** du **3°** du **I**, prévoit que certains produits inscrits sur la LPP ont vocation à faire l'objet d'une prise en charge renforcée, par l'application des dispositions de l'article L. 165-2 du même code.

Le **5°** du **I** complète cet article L. 165-2, relatif aux modalités de fixation des tarifs de responsabilité, afin de prévoir la possibilité de différencier les bases

---

(1) Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, au sein de la Haute autorité de santé.

de remboursement de la sécurité sociale selon que les produits relèvent ou non du panier « 100 % santé ». Le **a**) du 5° du **I** prévoit ainsi que la fixation du tarif de responsabilité peut également tenir compte, à la demande des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance des produits et prestations à la classe de produits et prestations ayant vocation à faire l'objet d'une prise en charge renforcée. Le **b**) du 5° du **I** précise par ailleurs que le tarif de responsabilité des produits ou prestations n'appartenant pas au panier « 100 % santé » pourrait être fixé à un niveau inférieur. Les tarifs ainsi diminués pourraient être fixé « *fixé par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale* », et non pas par convention entre le fabricant ou le distributeur et le comité économique des produits de santé (CEPS), en vertu du **c**) du 5° du **I**.

Ainsi, d'après les éléments fournis au rapporteur par la direction de la sécurité sociale, la base de remboursement de la sécurité sociale des appareils auditifs du panier « 100 % santé » doit être progressivement doublée pour passer de 200 euros en 2018 à 300 euros en 2019, 350 euros en 2020 et 400 euros en 2021.

S'agissant de l'optique, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, en moyenne très faible (4 % du coût total des équipements facturé), serait concentrée sur les équipements du panier « 100 % santé » pour être portée à 18 % du tarif des équipements.

Enfin, concernant le secteur dentaire, la convention nationale précitée prévoit une revalorisation de la base de remboursement de certains soins prothétiques dentaires. Celle-ci passera par exemple de 107,50 euros à 120 euros pour les couronnes céramo-métalliques et les couronnes métalliques. Toutefois, l'essentiel des revalorisations porte sur les soins conservateurs (restauration, coiffage pulpaire à 60 euros, inlay-onlay revalorisé de 60 %, *etc.*), conformément à la volonté de rééquilibrage de l'activité des chirurgiens-dentistes vers la prévention.

### ***b. La fixation de prix limites de vente***

Le prix public des produits de la LPP est libre, sauf pour certains types de produits pour lesquels un prix public maximal a été défini, en application de l'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale. Aux termes de cet article, « *l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes d'assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, peuvent conclure des accords, à l'échelon local ou national, avec les distributeurs de produits et prestations de santé [figurant sur la LPP] notamment en ce qui concerne [...] les prix maximaux pratiqués* ».

Les accords conclus en juin 2018 dans les trois secteurs concernés par la mise en œuvre du reste à charge zéro ont ainsi permis de définir des tarifs maximum pour les produits du panier « 100 % santé ».

Ainsi, les tarifs des aides auditives seront plafonnés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 et progressivement réduits. Concernant l'optique, le tarif maximal des lunettes du panier « 100 % santé » sera de 105 euros, dont 30 euros de

monture, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020. Enfin, les tarifs des prothèses dentaires seront progressivement plafonnés (à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour certaines couronnes et bridges, puis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour les autres prothèses, notamment amovibles).

**EXEMPLE DE PRIX LIMITES DE VENTE DES PROTHÈSES DENTAIRES FIGURANT DANS LE PANIER « 100 % SANTÉ »**

Acte	Panier	Exemples de plafonds				
		1 <sup>er</sup> avril 2019	1 <sup>er</sup> janvier 2020	1 <sup>er</sup> janvier 2021	1 <sup>er</sup> janvier 2022	1 <sup>er</sup> janvier 2023
Couronne céramo-métallique (incisives, canines, 1ères prémolaires)	RAC 0	530	500	500	500	500
Couronne céramique monolithique en zircon (incisives, canines, prémolaires)	RAC 0	480	440	440	440	440
Bridge céramo-métallique	RAC 0	1 465	1 465	1 465	1 465	1 465
Couronne céramo-métallique (2èmes prémolaires)	RAC modéré	Pas de Plafond	550	550	550	550
Prothèse amovible complète bi-maxillaire à base résine (dentier)	RAC 0	Pas de Plafond	Pas de Plafond	2 300	2 300	2 300
Inlay - Onlay composite	RAC modéré	Pas de Plafond	Pas de Plafond	350	350	350

Source : Direction de la sécurité sociale.

***c. La couverture obligatoire du reste à charge par les contrats de complémentaires santé responsables***

En vertu des dispositions du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables, c'est-à-dire qui respectent les critères définis aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code, bénéficient d'avantages fiscaux et sociaux.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a renforcé les exigences imposées à ces contrats, en contrepartie du bénéfice des aides fiscales et sociales qui y sont associées. La réforme a privilégié trois axes d'action : garantir le contenu de la couverture santé en fixant des planchers de prise en charge, réguler les dépassements d'honoraires et agir sur les prix de l'optique.

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014<sup>(1)</sup> pris en application de la LFSS pour 2014, définit le « panier de soins » devant être pris en charge par les contrats d'assurance complémentaire en santé pour bénéficier des aides associées au critère « responsable ».

(1) Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Afin de permettre la mise en œuvre du reste à charge zéro sur les produits du panier de soins « 100 % santé », le présent article prévoit que les contrats de complémentaire santé responsables couvrent les frais en sus des tarifs de responsabilité pris en charge par la sécurité sociale pour les soins dentaires prothétiques, les aides auditives et les dispositifs d'optique médicale du panier « 100 % santé ».

À cet effet, le 7° du **I** modifie l'article L. 871-1 précité afin de renforcer les règles applicables aux contrats de complémentaires santé responsables. La nouvelle rédaction du dernier alinéa de cet article préciserait que ces contrats doivent fixer « *les conditions dans lesquelles sont pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale et les aides auditives* ». La prise en charge de ces frais dans le cadre d'un contrat responsable deviendrait obligatoire, alors qu'elle est aujourd'hui facultative, et concernerait également les aides auditives, qui en l'état du droit ne sont pas explicitement mentionnées.

Un décret devra en outre modifier les dispositions relatives au cahier des charges des contrats responsables prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, afin qu'ils couvrent obligatoirement les équipements et soins du panier « 100 % santé ». D'après les informations fournies au rapporteur par la direction de la sécurité sociale, ce décret sera publié en même temps que la loi de financement, de manière à laisser un délai d'un an aux organismes complémentaires pour adapter le contenu de leurs contrats, qui devront couvrir le panier « 100 % santé » à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### **3. Des garanties pour une mise en œuvre effective du reste à charge zéro**

#### ***a. L'obligation de proposer et de disposer d'une offre sans reste à charge, figurant dans le devis fourni au patient***

Le présent article prévoit que les fabricants et les distributeurs de produits d'optique, de prothèses auditives ou dentaires disposent d'une offre sans reste à charge, qui doit être systématiquement proposée à l'assuré.

Le **a)** du 3° du **I** modifie l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser que l'inscription d'un produit ou d'une prestation sur la LPP peut être subordonnée au respect de conditions particulières de distribution. Celles-ci « *peuvent comporter l'obligation, pour le fabricant ou le distributeur, de proposer et de disposer de certains produits ou prestations appartenant aux classes à prise en charge renforcée* », c'est-à-dire des produits ou prestations du panier « 100 % santé », en application du **I** de l'article L. 165-1-4 *nouveau* du code de la sécurité sociale, créé par le 4° du **I**.

Une offre sans reste à charge devrait en outre obligatoirement figurer dans le devis fourni au patient.

En application de l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale, tout professionnel de santé qui délivre au public un produit ou une prestation d'appareillage des déficients de l'ouïe ou d'optique-lunetterie inscrit sur la LPP doit remettre à l'assuré social, avant la conclusion du contrat de vente, « *un devis normalisé comportant le prix de vente de chaque produit et de chaque prestation proposés ainsi que les modalités de prise en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, complémentaire* ».

Le 6° du I modifie cet article L. 165-9 afin que le devis remis à l'assuré par les opticiens et les audioprothésistes comporte systématiquement un équipement sans frais. Le a) du 6° du I précise que le devis, qui comporte le prix de vente de chaque produit proposé, inclut également « *la fourniture du produit et [précise] les prestations indissociables* » et comporte au moins un équipement d'optique médicale ou une aide auditive appartenant au panier « 100 % santé », sous réserve qu'il en existe un qui réponde au besoin de santé du patient. Le b) du 6° du I procède à une modification rédactionnelle. Le c) du 6° du I précise que le contenu et la présentation du devis sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie, après consultation du Conseil national de la consommation.

S'agissant des dentistes, l'article 26.4 de la convention nationale précitée prévoit qu'« *un groupe de travail étudiera les évolutions à intégrer au modèle de devis tenant compte des dispositions législatives et réglementaires instaurant une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire pour un certain nombre d'actes pour lesquels un honoraire limite de facturation aura été déterminé* » et que « *dans l'hypothèse où le praticien proposerait au patient un acte avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), le praticien s'engage à proposer une alternative sans reste à charge ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe* ».

#### **b. Un dispositif de suivi et d'évaluation de la qualité de la prise en charge**

Afin de s'assurer de l'effectivité de la mise en place du reste à charge zéro, le présent article met en place une évaluation et un suivi de la qualité de la prise en charge des assurés et des produits qui leur sont proposés.

Le II du nouvel article L. 165-1-4 du code de la sécurité sociale, créé par le 4° du I, prévoit ainsi que « *la distribution, en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie, de produits ou prestations inscrits sur la [LPP], peut donner lieu à l'obligation, pour le distributeur, de participer à un dispositif d'évaluation visant à établir la qualité de la prise en charge du patient et la mise en œuvre conforme des modalités de prise en charge et de distribution des produits ou prestations, notamment au regard des exigences* » :

– fixées par la LPP (respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution, conformément à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par le présent article) ;

– relatives à l'obligation, pour les fabricants ou pour les distributeurs, de proposer et de disposer de produits ou prestations du panier « 100 % santé ».

La satisfaction des patients doit également être prise en compte par ce dispositif d'évaluation.

Par ailleurs, le V du nouvel article L. 165-1-4 précité prévoit que le distributeur qui n'entend pas disposer de produits figurant dans le panier « 100 % santé » en informe les assurés selon des modalités qui seront précisées par décret en Conseil d'État. Dès lors qu'il fait ce choix, « *l'ensemble des produits et prestations qu'il distribue ne peuvent alors être admis au remboursement* ».

### ***c. Des sanctions en cas de non-respect des dispositions relatives au reste à charge zéro***

Le présent article prévoit des sanctions en cas de non-respect, par les fabricants ou les distributeurs, des dispositions relatives au reste à charge zéro.

Ainsi, les III et IV du nouvel article L. 165-1-4 du code de la sécurité sociale crée par le 4° du I prévoient respectivement :

– le recouvrement des sommes indûment versées au titre du remboursement des autres produits ou prestations figurant sur la LPP, lorsque le fabricant ou le distributeur n'a pas proposé et ne disposait pas des équipements du panier « 100 % santé » (III de l'article L. 165-1-4 *nouveau*).

L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale *dispose qu'en cas d'observation des règles de tarification ou de facturation des actes, prestations et produits médicaux ou des frais de transport, l'organisme de prise en charge peut recouvrer l'indu auprès du professionnel de santé ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles.* Le **a)** et le **b)** du 1° du I tendent à modifier cet article de manière à étendre le recouvrement des sommes indues aux cas d'observation, par le distributeur, des règles de distribution des produits du panier « 100 % santé ». Le **c)** du 1° renvoie les modalités de mise en œuvre de cette disposition à un décret en Conseil d'État ;

– une pénalité financière, prononcée par le directeur de l'organisme d'assurance maladie territorialement compétent :

- d'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France, en cas de méconnaissance de l'obligation de proposer et de disposer d'équipements du panier « 100 % santé » (1° du IV de l'article L. 165-1-4 *nouveau*) ;

- d'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France en cas de méconnaissance de l'obligation de participer au dispositif d'évaluation de la qualité de la prise en charge du patient ou de celle de faire figurer un équipement sans reste à charge dans le devis fourni au patient (2° du IV de l'article L. 165-1-4 *nouveau*).

Le montant précis de la pénalité doit dépendre de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements.

#### **4. Entrée en vigueur**

En application du **III**, l'accès à un panier de soins pris en charge à 100 % par l'assurance maladie dans les domaines dentaire, de l'optique et de l'audiologie doit être mis en place progressivement à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

*L'étude d'impact précise que « l'offre 100 % santé, dont les prix sont plafonnés, sera disponible à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 pour les aides auditives, du 1<sup>er</sup> avril 2019 pour les prothèses dentaires et du 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour les équipements d'optique. Les modifications des devis entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 s'agissant des aides auditives et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 s'agissant de l'optique ».*

Par ailleurs, conformément au **B** du **III**, les dispositions relatives au contenu des contrats d'assurance complémentaire solidaires, prévues au 7° du **I**, doivent s'appliquer aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020. D'après l'étude d'impact, *« la couverture intégrale du panier 100 % santé sera obligatoire pour les contrats responsables souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour l'optique et une partie du dentaire et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour l'ensemble des trois secteurs. Le décret adaptant le contenu de ces contrats sera modifié conformément au panier 100 % santé issu de la concertation menée avec les parties prenantes et paraîtra d'ici la fin de l'année pour laisser le temps nécessaire aux ajustements avant le 1<sup>er</sup> janvier 2020 ».*

Le nouveau cahier des charges des contrats responsables doit s'appliquer aux contrats individuels comme aux contrats collectifs : les conventions et accords collectifs conclus en matière de santé par les partenaires sociaux devront donc être mis en conformité avec les nouvelles obligations des contrats responsables prévues par le présent article.

## **II. L'AMÉLIORATION DU DISPOSITIF DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE**

### **A. LE DROIT EXISTANT**

L'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique prévoit la réalisation obligatoire de deux examens bucco-dentaires de prévention, réalisés l'un à l'âge de six ans et l'autre à douze ans.



L'article L. 2134-1 du même code, créée par l'article 75 de la LFSS pour 2017, prévoit également la réalisation de plusieurs examens bucco-dentaires, réalisés aux âges de neuf, quinze, dix-huit, vingt-et-un et vingt-quatre ans.

Ces deux articles disposent en outre que ces examens, réalisés par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie, sont pris en charge en totalité par le régime obligatoire d'assurance maladie et ne donnent pas lieu à contribution financière de la part des assurés. La nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces examens sont définies par convention.

## **B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ**

Le **II** du présent article modifie le titre **III** du livre I<sup>er</sup> de la deuxième partie du code de la santé publique, relatif aux actions de prévention concernant l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte, afin de mettre en place un nouvel examen bucco-dentaire à l'âge de trois ans.

L'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique est réécrit par le **a)** et le **b)** du **1°** du **II** afin :

– d'ajouter ce nouvel examen bucco-dentaire obligatoire à l'âge de trois ans ;

– de regrouper l'ensemble des dispositions relatives aux examens bucco-dentaires des jeunes au sein de cet article, dans un souci de meilleure lisibilité et de cohérence de la loi.

En conséquence, le **2°** du **II** abroge l'article L. 2134-1 du même code, dont les dispositions sont reprises au sein de l'article L. 2132-2-1.

Le **c)** du **1°** du **II** complète cet article afin de préciser qu'à défaut d'accord sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces examens, celles-ci sont définies par arrêté ministériel. Cette précision figurait déjà à l'article L. 2134-1 abrogé, mais pas à l'article L. 2132-2-1, où elle est donc utilement ajoutée.

L'article L. 2132-2-1 ainsi réécrit prévoit donc qu'un examen bucco-dentaire obligatoire a lieu tous les trois ans, entre l'âge de trois ans et celui de vingt-quatre ans – soit huit examens au total.

Le nouvel examen obligatoire prévu à l'âge de trois ans serait pris en charge à 100 % par l'assurance maladie et bénéficierait de la dispense d'avance de frais, comme cela est déjà le cas pour les sept autres examens déjà prévus par la loi.

Ce nouvel examen entre en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, en application du **A** du **III**.

\*

\* \*

## TITRE II AMÉLIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ

### CHAPITRE I<sup>ER</sup> Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins

#### *Article 34* **Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé**

##### **Adopté par la commission sans modification**

Afin d'améliorer l'accès aux soins, l'article 34 étend le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) aux personnes aujourd'hui éligibles à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), moyennant une participation financière limitée.

Il instaure par ailleurs un renouvellement automatique de la CMU-C pour les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), qui n'auront plus à effectuer chaque année une demande en ce sens.

Enfin, cet article redéfinit le cadre de la prise en charge des frais de santé des pensionnés résidant à l'étranger.

#### **I. L'EXTENSION DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE (CMU-C) AUX PERSONNES AUJOURD'HUI ÉLIGIBLES À L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)**

##### **A. LE DROIT EXISTANT**

##### **1. Les dispositifs d'aide à l'accès à une assurance complémentaire en matière de santé**

###### ***a. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)***

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), définie aux articles L. 861-1 à L. 861-10 du code de la sécurité sociale, est une protection complémentaire santé gratuite bénéficiant à 5,52 millions de personnes au 31 décembre 2017. Elle est attribuée sous conditions de ressources et de résidence stable et régulière en France depuis plus de trois mois. Le plafond annuel de ressources pour en bénéficier s'élève à 8 810 euros pour une personne seule et à 13 215 euros pour deux personnes.

La CMU-C prend en charge 100 % du ticket modérateur, les participations forfaitaires et les franchises médicales, ainsi que le forfait journalier, quelle que soit la durée de l'hospitalisation. Elle prend également en charge, à hauteur de forfaits venant en complément des tarifs de remboursement de la sécurité sociale,

d'une paire de lunettes par an, de prothèses dentaires et auditives, des frais d'orthodontie et d'un certain nombre de dispositifs médicaux. Les bénéficiaires de la CMU-C ont par ailleurs droit à la dispense totale d'avance des frais et ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires.

La CMU-C est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par l'organisme d'assurance maladie en charge de sa protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU-C. Fin 2017, moins de 10 % des bénéficiaires de la CMU-C ont opté pour la gestion par un organisme complémentaire.

***b. L'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé (ACS)***

Les personnes dont les revenus sont modestes mais supérieurs au plafond permettant de bénéficier de la CMU-C peuvent demander à bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), définie aux articles L. 863-1 à L. 863-7-1 du code de la sécurité sociale. Le plafond de ressources pour bénéficier de l'ACS est égal à celui de la CMU-C majoré de 35 %, soit 11 894 euros pour une personne seule et 17 840 euros pour deux personnes.

Ce dispositif, créé en 2005, a été réformé le 1<sup>er</sup> juillet 2015 en application des LFSS pour 2014 et 2015, afin de faciliter l'accès du dispositif au plus grand nombre.

L'ACS se présente sous la forme d'une attestation ou « chèque santé » ouvrant droit à une réduction de cotisations lors de la souscription de l'un des onze contrats de protection complémentaire homologués. Ces contrats, offrant chacun trois niveaux de garanties (A, B ou C), sont sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence, afin de garantir un niveau de prestations de qualité.

Le tableau ci-dessous présente les différents montants de l'ACS, qui varient en fonction de l'âge du bénéficiaire.

**MONTANT DE L'ACS EN FONCTION DE L'ÂGE**

<b>Tranches d'âge</b>	<b>Montant de l'ACS</b>
Moins de 16 ans	100 euros par mois
De 16 à 49 ans	200 euros par mois
De 50 à 59 ans	350 euros par mois
60 ans et plus	550 euros par mois

*Source : rapport d'activité 2017 du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie*

1,58 million de personnes ont reçu une attestation ACS en 2017. Les personnes ayant utilisé leur attestation pour souscrire un contrat étaient 1,20 million fin 2017, soit un taux d'utilisation de l'attestation de 76 %.

Outre la réduction du coût de la complémentaire santé, l'ACS ouvre droit à la prise en charge à 100 % du ticket modérateur (excepté pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 % par la sécurité sociale), à la dispense totale d'avance des frais, à l'exonération du paiement des participations forfaitaires et des franchises médicales et à la prise en charge du forfait hospitalier. En outre, les médecins ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires.

À ces garanties socle s'ajoutent trois niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète pour l'optique, les audioprothèses et les prothèses dentaires :

– le contrat A, contrat d'entrée de gamme, prend en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;

– le contrat B, contrat intermédiaire, prend en charge 100 euros pour une paire de lunettes à verres simples, 200 euros pour des lunettes à verres complexes et 225 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;

– le contrat C, contrat de niveau supérieur, prend en charge 150 euros pour des lunettes à verres simples, 350 euros pour des lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 euros pour les audioprothèses.

## **2. Un taux de recours très faible et des restes à charge importants pour les bénéficiaires de l'ACS**

### ***a. Un taux de recours plus faible à l'ACS qu'à la CMU-C***

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la population éligible à la CMU-C est comprise entre 6,4 et 7,7 millions de personnes en 2016. Avec 4,9 millions de bénéficiaires en métropole la même année, le taux de recours au dispositif se situe entre 64 % et 76 %.

Le nombre de personnes éligibles à l'ACS se situe quant à lui entre 3 et 4,4 millions de personnes en 2016. Avec 1,3 million de bénéficiaires d'une attestation de droit à l'ACS en métropole la même année, le taux de recours au dispositif se situe entre 30 % et 43 %. Environ 16 % des personnes éligibles au dispositif disposent d'un contrat collectif obligatoire d'entreprise. En retranchant la part des personnes couvertes par un contrat collectif, le taux de recours se situe alors entre 36 % et 51 % en 2016.

De plus, seuls les trois quarts des titulaires de l'aide, ayant effectué les démarches nécessaires auprès de leur caisse d'assurance maladie pour bénéficier de l'attestation de droit, la font effectivement valoir auprès d'un organisme complémentaire.

**b. Des restes à charges élevés pour les bénéficiaires de l'ACS**

Au 31 décembre 2016, le prix moyen des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS s'établit à 819 euros pour 1,61 personne couverte en moyenne, soit 509 euros par an et par personne.

Le prix moyen du contrat A est de 693 euros, celui du contrat B s'élève à 820 euros et celui du contrat C à 877 euros. Le prix moyen du contrat augmente avec le niveau de couverture, même si le nombre moyen de personnes couvertes par contrat diminue. Le reste à charge moyen sur le prix du contrat est compris entre 186 euros pour le contrat A (comportant le niveau de garantie de base) et 386 euros pour le contrat C (le plus couvrant). L'ACS permet ainsi de solvabiliser entre 56 % (contrat C) et 75 % (contrat A) de la cotisation.

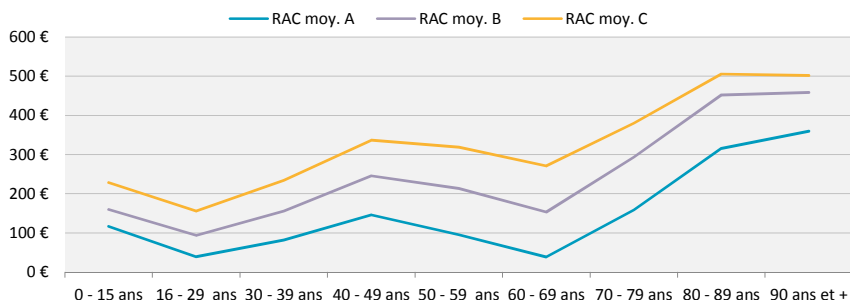
**RESTE À CHARGE MOYEN DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ACS AYANT SOUSCRIT UN CONTRAT DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ**

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>Nombre de personnes par contrat</b>	1,78	1,69	1,47
<b>Prix moyen par contrat</b>	693 euros	820 euros	877 euros
<b>Prix moyen par personne</b>	389 euros	485 euros	596 euros
<b>Montant déduction moyenne par contrat</b>	508 euros	514 euros	490 euros
<b>RAC moyen par contrat</b>	<b>186 euros</b>	<b>306 euros</b>	<b>386 euros</b>
<b>RAC moyen par personne</b>	104 euros	181 euros	263 euros
<b>Taux de RAC moyen par contrat</b>	24,9 %	36,5 %	43,7 %
<b>Taux d'effort par foyer</b>	1,5 %	2,5 %	3,4 %

*Source : Rapport d'activité 2017 du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.*

Les personnes âgées sont confrontées à des restes à charge particulièrement élevés sur le prix du contrat, dans la mesure où la prime augmente significativement avec l'âge, alors que le montant de l'ACS reste stable après soixante ans. À cet égard, les dépenses de santé des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), qui remplissent les conditions de ressources pour être éligibles à l'ACS, sont particulièrement importantes au regard de leurs ressources, ce qui peut les contraindre à renoncer aux soins.

**ÉVOLUTION DU RESTE À PAYER SUR LES PRIMES DES CONTRATS ACS COUVRANT UNE PERSONNE (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2016)**



Source : Étude d'impact, à partir du rapport annuel du Fonds CMU- octobre 2017.

Outre le financement de leur contrat, la dépense de santé restant à la charge des bénéficiaires de l'ACS après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire représente environ 6 % de leur dépense totale pour les soins réalisés en 2016.

La participation de l'assuré reste particulièrement importante sur certains postes de soins : les bénéficiaires de l'ACS financent directement entre un tiers et deux tiers de leur dépense en prothèses dentaires selon le contrat souscrit. Cette participation est encore plus élevée pour les dispositifs d'optique et les audioprothèses. Elle atteint ainsi les trois quarts de la dépense pour l'audioprothèse pour les contrats A et B.

Concernant les soins prothétiques, le reste à charge s'élève à 432 euros pour le contrat A, 341 euros pour le contrat B et 329 euros.

En matière d'optique, le reste à charge moyen est très élevé (211 euros) pour le contrat A, en raison du faible niveau de couverture de ce contrat (prise en charge du seul ticket modérateur par la complémentaire santé). Concernant les contrats de niveaux supérieurs, qui prévoient des prises en charge forfaitaires de 200 euros et 350 euros montures comprises, le reste à charge est 2,5 fois plus faible pour le contrat B et 3 fois plus faible pour le contrat C.

Enfin, quel que soit le type de contrat, les restes à charge en matière de prothèses auditives se situent entre 540 euros et 600 euros, quel que soit le type de contrat.

**EXEMPLE DE RESTE À CHARGE GLOBAL PAR CONSOMMANT SUR LES PROTHÈSES DENTAIRES ET L'OPTIQUE**

	RAC prothèses dentaires	RAC monture + verres complexes	RAC sur le prix du contrat	RAC total
A	432	274	104	810
B	341	128	181	649
C	329	98	263	690

Source : Rapport d'activité 2017 du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

L'existence de deux dispositifs (CMU-C et ACS) se traduit donc par des différences importantes en matière de dépenses de santé et de prises en charge, pour des niveaux de revenus très proches.

## **B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ**

### **1. L'extension de la CMU-C aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS**

Afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes les plus modestes, le présent article vise à étendre le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) aux personnes aujourd'hui éligibles à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), moyennant une participation financière limitée de celles-ci.

Le **a**) du **1°** du **I** modifie l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, relatif à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), pour prévoir que le bénéfice de cette protection complémentaire serait ouvert aux personnes bénéficiant de la protection universelle maladie (PUMA) selon deux modalités :

– « *sans acquitter de participation financière lorsque leurs ressources, ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer, sont inférieures à un plafond déterminé par décret* » : la CMU-C demeurerait ainsi gratuite pour les personnes qui y étaient déjà éligibles, c'est-à-dire dont les ressources annuelles sont inférieures, pour une personne seule, à 8 810 euros (9 806 euros dans les départements d'Outre-mer) au 1<sup>er</sup> avril 2018 ;

– « *sous réserve d'acquitter une participation financière, lorsque leurs ressources sont comprises entre le plafond mentionné à l'alinéa précédent et ce même plafond majoré de 35 %* » : la CMU-C serait ainsi étendue aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS, moyennant une contribution financière. Le plafond annuel de ressources pour bénéficier de la CMU-C étendue s'élève à 11 894 euros pour une personne seule (13 237 euros dans les départements d'Outre-mer) au 1<sup>er</sup> avril 2018, soit le plafond de ressources actuel pour bénéficier de l'ACS.

Cette nouvelle protection complémentaire bénéficierait ainsi gratuitement aux 5,52 millions de bénéficiaires actuels de la CMU-C et aux 1,58 million <sup>(1)</sup> de personnes bénéficiaires de l'ACS, moyennant une participation financière.

### **2. Une participation financière limitée et une prise en charge renforcée pour les nouveaux bénéficiaires de la CMU-C**

Les personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS qui bénéficieraient de la CMU-C étendue verraient à la fois le coût de leur assurance complémentaire réduit et leur prise en charge améliorée.

---

(1) Nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2017.

### ***a. Une participation financière réduite***

Le 10° du I crée un nouvel article L. 861-11 au sein du code de la sécurité sociale, relatif à la participation financière des bénéficiaires de la future CMU-C étendue, c'est-à-dire des personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS.

Cet article dispose que le montant de la participation, fixé par arrêté :

- varie selon l'âge du bénéficiaire ;
- ne peut excéder 5 % du montant du plafond de ressources ouvrant droit à la CMU-C, soit 36,70 euros par mois au 1<sup>er</sup> avril 2018.

La mention de cette contribution maximale permet d'encadrer l'exercice du pouvoir réglementaire, le montant de la contribution étant fixé par arrêté. D'après les informations communiquées au rapporteur par la direction de la sécurité sociale, la participation financière serait comprise entre 100 euros et 360 euros par an, soit entre 8,30 euros et 30 euros par mois, selon l'âge des bénéficiaires.

Bien qu'il soit prévu que la participation financière augmente avec l'âge de l'assuré, cette réforme reste particulièrement favorable aux personnes âgées, qui doivent aujourd'hui assumer des niveaux de cotisations de complémentaire santé très élevés.

L'article L. 861-11 *nouveau* précité prévoit également un dispositif de sanctions à l'encontre des assurés qui ne s'acquitteraient pas de leur participation financière (suspension du bénéfice des prestations financées par l'assurance complémentaire et application d'une majoration forfaitaire de retard). Par ailleurs, le 9° du I modifie l'article L. 861-10 du code de la sécurité sociale pour préciser qu'en cas de fraude, le bénéficiaire devra non seulement rembourser aux organismes d'assurance maladie ou aux mutuelles les prestations versées à tort (comme cela est déjà le cas pour les bénéficiaires de la CMU-C à titre gratuit), mais également, en cas de CMU-C contributive, la participation financière prévue et non acquittée.

### ***b. Une meilleure prise en charge***

Les personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS bénéficieraient d'une meilleure prise en charge de leurs frais de santé, qui serait identique à celle dont disposent les actuels bénéficiaires de la CMU-C.

En effet, le a) du 3° du I modifie ainsi l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, relatif à la couverture maladie des actuels bénéficiaires de la CMU-C, pour l'étendre aux nouveaux bénéficiaires de la protection complémentaire, qui bénéficieraient ainsi :

- de la prise en charge du ticket modérateur, y compris pour les médicaments remboursés à 15 % et pour les cures thermales ;



– du forfait journalier en établissement médico-social sans limite de durée, alors que la prise en charge totale est aujourd’hui limitée à trente jours pour les bénéficiaires de l’ACS ;

– de la prise en charge intégrale d’un certain nombre de dispositifs médicaux listés par un arrêté du 14 août 2002 <sup>(1)</sup>, comportant notamment des fauteuils roulants, des cannes, des orthèses et des dispositifs pour les personnes stomisées.

Les assurés actuellement éligibles à l’ACS disposeraient également de l’absence de reste à charge dont bénéficient les actuels bénéficiaires de la CMU-C sur les prothèses dentaires, les aides auditives et les équipements d’optique. À cet égard, le panier de soins « CMU-C » est plus large que le panier de soins « 100 % santé » qui doit faire l’objet d’une prise en charge intégrale dans le cadre de la réforme prévue à l’article 33 du présent projet de loi de financement.

### **3. Des modalités d’attribution clarifiées et le choix de l’organisme gestionnaire maintenu**

#### ***a. Les modalités d’attribution de la CMU-C***

Le 5° du **I** modifie l’article L. 861-5 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités d’attribution de la CMU-C. Le troisième alinéa du **a)** du 5° du **I** précise que la demande de protection complémentaire, faite auprès de la caisse primaire d’assurance maladie assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur, « *est valable au titre de l’ensemble des personnes au foyer, y compris si elles ne relèvent pas de cet organisme pour la prise en charge de leurs frais de santé et le cas échéant pour le bénéfice futur des prestations* ».

Par ailleurs, alors que le délai d’ouverture du droit à la CMU-C était renvoyé à un décret, le **d)** du 5° du **I** précise que la prise en charge par la protection complémentaire prend effet « *au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l’organisme, sous réserve que l’assuré ait transmis les éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments* ».

En outre, le **c)** du 5° du **I** confie directement aux directeurs de caisses la compétence en matière d’octroi ou de refus de la protection complémentaire, alors qu’elle leur est aujourd’hui dévolue par délégation du Préfet. De même, le **c)** du 1° du **I** modifie l’article L. 861-1 du code de la sécurité sociale afin de confier directement aux directeurs de caisses la compétence en matière d’octroi ou de refus de la protection complémentaire aux personnes mineures de plus de seize ans

---

(1) Arrêté du 14 août 2002 modifiant l’arrêté du 31 décembre 1999 pris pour l’application des articles L. 165-1 et L. 861-3 en matière de dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé –  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000598578>

n'ayant plus de lien avec leur famille, compétence qui leur est aujourd'hui dévolue par délégation du Préfet. Les conditions permettant à une personne de bénéficier à titre personnel de la protection complémentaire lorsque les conditions de rattachement au foyer ont pris fin entre la dernière déclaration fiscale et sa demande d'attribution de la protection complémentaire sont définies par décret en Conseil d'État, en application du **d**) du **1**<sup>o</sup>.

En conséquence :

– le **11**<sup>o</sup> du **II** complète l'article L. 211-1 du code de la sécurité sociale pour ajouter l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé aux missions des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ;

– le **12**<sup>o</sup> du **II** complète l'article L. 752-4 du code de la sécurité sociale pour ajouter cette compétence aux missions des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) ;

– le **III** modifie l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche pour ajouter cette compétence aux missions des caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) ;

De manière similaire, le **2**<sup>o</sup> du **IV** modifie l'article L. 252-3 du code de l'action sociale et des familles afin de confier directement aux directeurs des CPAM la compétence en matière d'octroi ou de refus de l'aide médicale d'État, compétence qui leur est aujourd'hui dévolue par délégation du Préfet.

Par ailleurs, le **9**<sup>o</sup> du **I** modifie l'article L. 861-10 du code de la sécurité sociale pour préciser que la sanction financière décidée en cas de fraude des bénéficiaires de la CMU-C peut être réduite par décision du directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé, ce qui est déjà le cas dans les faits.

### ***b. Le choix de l'organisme gestionnaire***

Pour la gestion de leurs droits, les bénéficiaires de la future protection complémentaire pourront choisir, comme c'est déjà le cas pour les bénéficiaires actuels de la CMU-C, entre leur organisme d'assurance maladie d'affiliation et un organisme complémentaire (mutuelle, assurance, institut de prévoyance) inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer cette assurance complémentaire.

Ainsi, le **4**<sup>o</sup> du **I** modifie l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale afin de permettre à l'ensemble des personnes éligibles à la future protection complémentaire d'obtenir le bénéfice des prestations prises en charge dans ce cadre :

– soit auprès des organismes d'assurance maladie assurant la prise en charge de leurs frais de santé. Le **4**<sup>o</sup> du **I** précise que les assurés pourront choisir

un organisme d'assurance maladie « y compris lorsque la demande de protection complémentaire en santé a été instruite par un autre organisme » ;

- soit auprès d'une mutuelle, d'un institut de prévoyance ou d'une assurance. En application de l'article L. 861-7 du même code, les mutuelles, instituts de prévoyance et assurances qui souhaitent participer à la protection complémentaire en matière de santé établissent une déclaration. Le 7° du I modifie cet article pour préciser que la liste des organismes participants est établie et diffusée, en particulier aux associations et aux services sociaux, par le directeur du fond de financement de la CMU-C. Cette précision est aujourd'hui d'ordre réglementaire et figure aux articles R. 861-19 et R. 861-20 du code de la sécurité sociale.

Si l'actuelle CMU-C est aujourd'hui gérée à plus de 80 % par les CPAM, le partage des nouveaux adhérents pourrait davantage bénéficier aux mutuelles, aux assurances et aux instituts de prévoyance, pour plusieurs raisons :

- Tout d'abord, l'article 6-2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques prévoit que toute personne qui obtient le bénéfice de la CMU-C et qui dispose déjà d'un contrat avec un institut de prévoyance, un organisme d'assurance ou une mutuelle voit son contrat requalifié en contrat de CMU-C. Ainsi, les personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS conserveront leur organisme complémentaire la première année, si celui-ci fait partie de la liste des organismes gestionnaires de la CMU-C ;

- Ensuite, pour le renouvellement du droit, l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale tel que modifié par le 4° du I respecte la liberté de choix de l'assuré en lui laissant le choix entre une gestion par la CPAM ou par son organisme complémentaire. Le principe d'une gestion partagée entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaire est maintenu et encouragé grâce à la mise en place d'un remboursement au réel des frais engagés pour ces assurés (voir *infra*) ;

- Enfin, les organismes complémentaires pourront proposer à leurs assurés des options supplémentaires aux garanties offertes par la CMU-C, afin de rendre leur offre plus attractive.

#### **4. Le financement de la future CMU-C**

##### ***a. Le fonds de financement de la CMU-C***

• L'une des premières missions confiée au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie est de « financer la couverture des dépenses de santé » de la CMU-C et « d'assurer la gestion » de l'ACS, conformément à l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale.

En application de l'article L. 862-2 du même code, les dépenses de CMU-C sont financées à leur coût réel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 <sup>(1)</sup>. Le Fonds CMU-C rembourse ainsi les dépenses de CMU-C prises en charge par les organismes qui en ont la gestion sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un montant forfaitaire annuel par bénéficiaire. Le forfait est déterminé chaque année par arrêté et revalorisé en fonction de l'inflation. Il a été fixé à 415 euros pour l'année 2017.

Compte tenu du niveau important des dépenses de CMU-C de la branche maladie du régime général, l'article 22 de la LFSS pour 2013 a par ailleurs prévu un remboursement complémentaire au-delà du plafond de remboursement forfaitaire. La totalité des dépenses engagées par la CNAM au titre de la CMU-C est ainsi remboursée. Cependant, ce versement complémentaire est effectué dans la limite du fonds de roulement disponible. Lorsque le montant est supérieur au résultat annuel du fonds CMU-C, les capitaux propres sont mobilisés mais ce versement ne peut avoir pour effet de rendre négatif le résultat cumulé du fonds CMU-C. Dans ce cas, le versement à la CNAM est écrêté à due concurrence.

En ce qui concerne les organismes complémentaires, la prise en charge des prestations au titre de la CMU-C ne donne concrètement pas lieu à un versement par le fonds CMU-C : les charges correspondantes sont déduites par les organismes complémentaires des montants dus au titre de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) chaque trimestre. Pour l'ACS, l'organisme complémentaire qui propose un contrat de complémentaire santé à un bénéficiaire de l'ACS déduit le montant de l'aide de la TSA due. Lorsque le montant des déductions est supérieur au montant de la TSA, les mutuelles, institutions de prévoyance et société d'assurance concernées sont remboursées.

• Le **11°** du **I** modifie l'article L. 862-1 précité pour renommer le fonds de financement, qui serait désormais officiellement intitulé « fonds de financement de la CMU-C »,

Le **12°** du **I** modifie l'article L. 862-2 du même code, relatif aux dépenses du fonds. Celles-ci seraient constituées par le remboursement aux organismes gestionnaires des sommes correspondant aux frais de santé pris en charge par la CMU-C étendue. Le **a)** du **12°** du **I** précise que pour les bénéficiaires redevables de la participation financière (CMU-C « contributive »), ces dépenses seraient affectées d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion et seraient minorées du montant des participations financières collectées par l'organisme.

En outre, le **b)** du **12°** du **I** modifie les modalités de remboursement des organismes gestionnaires : celui-ci ne sera plus effectué sur la base d'un « forfait

---

(1) Article 22 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 - Avant 2013, le remboursement des dépenses de CMU-C par le fonds s'effectuait sur une base forfaitaire sans prise en compte des dépenses réelles ; les organismes gestionnaires prenaient en charge un éventuel surcoût ou bénéficiaient d'un gain lorsque leurs dépenses étaient inférieures au forfait.

annuel » par bénéficiaire, dont le montant était fixé par décret, mais sur la base de leurs frais réels.

Le **c)** du **12°** et le **b)** du **13°** du **I** procèdent à des modifications rédactionnelles de conséquence.

***b. La taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire***

La taxe de solidarité additionnelle (TSA) représente désormais la seule recette du fonds CMU-C, celui-ci n'étant plus affectataire de droits de consommation sur les tabacs en application de la LFSS pour 2017. Assise, en application de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, sur les cotisations des contrats de santé selon des taux variables en fonction du type de contrat (moins élevés pour les contrats responsables), la TSA est recouvrée par l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) d'Ile-de-France auprès des organismes complémentaires

Le **a)** du **13°** du **I** modifie l'article L. 862-4 pour préciser que la participation financière des personnes éligibles à la future CMU-C « contributive » n'est pas assujettie à cette taxe.

Le **14°** du **I** modifie l'article L. 862-6 du même code pour préciser que lorsque le montant de TSA collecté est inférieur au montant qui avait été imputé, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), est chargée d'assurer le versement de la différence aux organismes complémentaires, mission aujourd'hui confiée au fonds de financement.

**5. Le renouvellement automatique de la CMU-C pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)**

Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) bénéficient de plein droit de la CMU-C, sans étude complémentaire de leurs ressources par les CPAM. Ils sont en effet réputés satisfaire aux conditions ouvrant droit à la CMU-C, en application du dernier alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale. De fait, pour une personne seule, le RSA s'élève à 550,93 euros par mois au 1<sup>er</sup> avril 2018, alors que le plafond mensuel de ressources pour bénéficier de la CMU-C est de 734 euros.

Le présent article propose d'instaurer un renouvellement automatique de la CMU-C pour les allocataires du RSA, qui n'auraient ainsi plus à effectuer chaque année une demande en ce sens, comme cela est déjà le cas pour les bénéficiaires de l'ASPA en matière d'ACS, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Le **e)** du **5°** du **I** complète l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale relatif à la demande d'attribution de la CMU-C, par un alinéa aux termes duquel le droit à la CMU-C est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an

pour les bénéficiaires du RSA ou de l'ASPA, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations.

En pratique, la présomption de droit dont les allocataires du RSA bénéficient aujourd'hui pour la CMU-C perdurerait pour les primo demandeurs. Par la suite, et tant que les personnes percevront le RSA, leur droit à la CMU-C serait renouvelé automatiquement à chaque échéance annuelle, sans qu'elles aient besoin d'effectuer de démarches administratives.

## **6. Le suivi de la réforme et de ses bénéficiaires**

Le **15°** du **I** modifie l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale afin d'améliorer la connaissance et le suivi des bénéficiaires de la CMU-C.

En l'état du droit, les organismes complémentaires communiquent aux URSSAF diverses informations relatives aux cotisations émises, aux remboursements des dépenses engagées par les bénéficiaires et l'état des dépenses et des recettes relatives à la CMU-C. Le **b)** du **15°** du **I** ajoute la communication des informations relatives aux cotisations assujetties à la TSA au titre des contrats collectifs, au nombre de personnes assurées, les informations relatives aux bénéficiaires de la CMU-C et les participations versées le cas échéant par ces bénéficiaires (pour ceux éligibles à la CMU-C « contributive »).

Les organismes de sécurité sociale communiquent quant à eux au fonds de financement de la CMU-C le nombre de personnes prises en charge et le montant des prestations servies au titre de la CMU-C. Le **c)** du **15°** du **I** ajoute la communication de l'âge des personnes prises en charge – et pas seulement de leur nombre – ainsi que le montant des participations financières, pour les bénéficiaires de la CMU-C « contributive ».

Par ailleurs, le **d)** du **15°** du **I** prévoit que le fonds de financement de la CMU-C « *établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires [de la CMU-C « contributive »], ainsi que l'évolution du montant des cotisations [d'assurance maladie complémentaire], du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes* ». Ce rapport doit être remis avant le 15 novembre au Parlement. Il serait rendu public.

Enfin, le **VII** modifie l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Cet article prévoit que le Gouvernement présente au Parlement, tous les deux ans, un rapport d'évaluation de l'application de la loi de 1999. Il est prévu que ce rapport soit désormais remis au Parlement tous les quatre ans.

## **7. Modifications rédactionnelles et de conséquence**

Le présent article procède tout d'abord à des modifications purement rédactionnelles :

– à l'article L. 252-3 du code de l'action sociale et des familles, par le **2°** du **IV** ;

– à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, par le **b)** du **1°** du **I** ;

– à l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale, par le deuxième alinéa du **a)**, le **b)** et le **d)** du **5°** du **I** ;

– à l'article L. 861-8 du code de la sécurité sociale, par le **H** du **I**.

Le **b)** du **3°** du **I** modifie l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale pour préciser que les modalités de prise en charge, par la CMU-C, des frais correspondant à certains soins dentaires et dispositifs médicaux seraient définies par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, alors que cet article mentionne simplement un arrêté ministériel.

Le **c)** du **3°** du **I** supprime le huitième alinéa de l'article L. 861-3 relatif à la dispense d'avance de frais des bénéficiaires de la CMU-C en cas de déclaration d'un médecin référent, pour les actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondant de ce médecin. En effet, le médecin référent n'existe plus depuis plusieurs années et le bénéfice de la dispense d'avance de frais est déjà prévu à l'alinéa précédent de l'article L. 861-3.

Plusieurs modifications visent en outre à tirer les conséquences de la mise en place d'une protection complémentaire destinée aux actuels bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS :

– au troisième alinéa de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale, relatif à la possibilité d'une prolongation, dans la limite d'un an, du droit à la prise en charge des frais de santé lorsque les personnes ne résident plus de manière régulière en France, par le **3°** du **II** ;

– à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale, relatif aux conditions de dispense d'avance de frais pour les médicaments, par le **8°** du **II** ;

Le **2°** du **I** modifie l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale afin de tirer les conséquences de la modification de l'article L. 861-1 du même code par le **1°** du **I**.

Le **6°** du **I** abroge l'article L. 861-6 du code de la sécurité sociale, composé de deux phrases : la première est réécrite à l'article L. 861-4 par le **4°** du **I** ; la deuxième est déplacée à l'article L. 861-5 par le **d)** du **5°** du **I**.

Le **a)** du **15°** du **I** modifie l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale afin de tirer les conséquences de la modification de l'article L. 862-2 du même code par le **12°** du **I**.

Le **1°** du **IV** modifie l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, relatif aux personnes étrangères pouvant bénéficier de l'aide médical d'État, afin de tirer les conséquences de la réécriture de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale par le **1°** du **I**.

De même, le **VI** modifie l'article L. 1113-1 du code des transports, relatif à l'accès des personnes défavorisées aux transports, afin de tirer les conséquences de la réécriture de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale par le **1°** du **I**.

L'ouverture de la CMU-C aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS suppose également de supprimer l'ensemble des références à ce dispositif d'aide. Ainsi, le **16°** du **I** abroge le chapitre 3 (dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé) et le chapitre 4 (dispositions relatives à la couverture complémentaire santé des personnes âgées de soixante-cinq ans et plus) du titre 6 du livre 8 du code de la sécurité sociale, ainsi que les articles L. 863-1 à L. 863-7-1, L. 864-1 et L. 864-2 qu'ils contiennent.

La référence à l'ACS ou à ces bénéficiaires est également supprimée dans les articles suivants :

– à l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale, dressant la liste des personnes susceptibles de faire l'objet de pénalités financières en cas de fraude aux prestations, par le **1°** du **II** ;

– à l'article L. 142-3 du même code, relatif aux litiges relevant du contentieux de l'admission à l'aide sociale, par le **2°** du **II** ;

– à l'article L. 160-15 du même code, relatif aux assurés qui n'ont pas à s'acquitter de la participation forfaitaire et de la franchise médicale, par le **5°** du **II** ;

– à l'article L. 162-1-21 du même code, relatif au bénéfice du tiers-payant pour les assurés atteints d'une affection de longue durée, par le **6°** du **II** ;

– au dernier alinéa de l'article L.162-9 du même code, relatif au montant maximal des dépassements d'honoraires des chirurgiens-dentistes, par le **7°** du **II** ;

– à l'article L. 162-16-7 du même code, relatif aux conditions de dispense d'avance de frais pour les médicaments, par le **8°** du **II** ;

– à l'article L. 162-40 du même code, relatif à l'encadrement du prix des soins thermaux pour certains assurés, par le **9°** du **II** ;

– à l'article L. 165-6 du même code, relatif à l'encadrement des prix des dispositifs médicaux, par le **10°** du **II** ;



– à l'article L. 871-1 du même code, relatif au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, par le **13°** du **II** ;

– à l'article L. 911-7-1 du même code, relatif au « versement santé », attribué par l'entreprise à ses salariés en contrat de travail précaire afin de leur permettre d'assumer la charge d'une complémentaire santé individuelle, par le **14°** du **II** ;

– à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, relatif à l'interdiction des discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins, et à l'article L. 1511-1 du même code, relatif à l'application de cette interdiction à Mayotte, par le **1°** du **V** ;

– à l'article L. 6122-15 du même code, relatif à l'encadrement des dépassements d'honoraires pratiqués par les praticiens des plateaux mutualisés d'imagerie médicale, par le **2°** du **V**.

## **8. Entrée en vigueur**

Conformément au **4°** du **VIII**, l'entrée en vigueur de l'extension de la CMU-C aux bénéficiaires actuels de l'ACS interviendrait le 1<sup>er</sup> novembre 2019. Ce délai doit permettre, selon l'étude d'impact, « *l'adaptation des procédures de gestion et des systèmes d'information, tout en garantissant la bonne transition avec la fin des contrats éligibles à l'ACS au 31 décembre 2019* ». Le **a)** du **4°** du **VIII** prévoit ainsi que :

– les contrats complémentaires de santé ouvrant droit à l'ACS en cours à la date du 1<sup>er</sup> novembre 2019 resteraient éligibles au bénéfice de cette aide jusqu'à l'expiration du droit du bénéficiaire **(b)** du **4°** ;

– À la demande de l'assuré bénéficiant de l'ACS et ayant un contrat d'assurance complémentaire en cours au 1<sup>er</sup> novembre 2019, l'organisme complémentaire ou, le cas échéant, l'organisme de sécurité sociale, calculerait la durée du droit à l'ACS restant à courir et le montant de la participation financière due pour la période correspondante en cas d'adhésion à la nouvelle CMU-C « contributive ». Il lui transmettrait une attestation de reliquat de droits comportant ces informations. Sur la base de cette information, l'assuré pourrait demander la résiliation de son contrat, sans frais ni pénalités. La résiliation prendrait effet au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant l'envoi à l'organisme assureur en charge du contrat ouvrant droit au bénéfice du crédit d'impôt de cette attestation. Le bénéfice de la CMU-C étendue lui serait alors ouvert pour la durée du droit restant à courir **(c)** du **4°**.

Le **2°** du **VIII** fixe au 1<sup>er</sup> avril 2019 l'entrée en vigueur du renouvellement automatique de la CMU-C pour les allocataires du RSA.

## II. L'ADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTÉ DES PENSIONNÉS RÉSIDANT À L'ÉTRANGER

### A. LE DROIT EXISTANT

Les personnes ayant vécu en France et installées dans un pays étranger au moment de leur retraite conservent un lien solide avec la sécurité sociale française en matière d'assurance maladie, et ce quel que soit le pays dans lequel elles se sont installées.

En effet, comme le note notre collègue Anne Genetet dans un rapport au Gouvernement portant sur la « *mobilité internationale des français* » et paru en juin 2018 <sup>(1)</sup>, « *contrairement aux autres catégories d'affiliés à la sécurité sociale française, les retraités ne sont pas tenus de renvoyer leur carte vitale à leur CPAM avant leur expatriation. Ils conservent ainsi le droit de bénéficier de la prise en charge de leurs consommations de soins inopinés ou programmés lors d'un séjour temporaire en France* ».

En effet, conformément à l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale, les retraités résidant à l'étranger sont affiliés en France et bénéficient de ce fait de la prise en charge de leurs frais de santé, pour des soins inopinés ou programmés, lors de leurs séjours temporaires en France.

Les droits dont ils bénéficient peuvent se superposer à ceux ouverts par les engagements européens et internationaux de la France.

Ainsi, l'article 27, paragraphe 2, et l'annexe IV du règlement européen n° 883/2004 de coordination en matière de sécurité sociale accordent aux pensionnés non-résidents percevant une retraite française le droit de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé lors d'un séjour temporaire en France, pour des soins inopinés ou programmés. Les retraités résidant dans un État hors de l'Union européenne peuvent quant à eux être couverts par une convention bilatérale de sécurité sociale contenant des dispositions spécifiques relatives à leur assurance maladie lors de séjours temporaires dans leur État d'origine. Dans ce cas, la prise en charge de leurs frais de santé est assurée par la sécurité sociale française.

Comme le note Anne Genetet dans son rapport précité, « *d'une part, le droit interne prévoit la réactivation des droits lors d'un séjour temporaire et, d'autre part, le droit européen et le droit international permettent la continuité de la protection sociale des retraités et de leurs ayants droit lors d'un séjour temporaire en France. Ces deux dispositifs se sont superposés sans que leur articulation fasse l'objet d'une réflexion approfondie* ».

---

(1) [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/09/rapport\\_de\\_mme\\_anne\\_genete\\_t\\_deputee\\_-\\_la\\_mobilite\\_internationale\\_des\\_francais\\_-\\_11.09.2018.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/09/rapport_de_mme_anne_genete_t_deputee_-_la_mobilite_internationale_des_francais_-_11.09.2018.pdf)

## **B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ**

Les travaux menés par Anne Genetet ont mis en évidence les limites de la législation actuelle. En effet, l'ouverture d'un droit à bénéficier de la prise en charge des soins effectués lors d'un séjour temporaire en France devrait correspondre à une durée de cotisation suffisante, afin que la solidarité nationale dont bénéficient certains retraités non-résidents pour la prise en charge de leurs soins lors d'un séjour temporaire soit mise en cohérence avec l'effort de contribution.

Le 4° du **II** modifie l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale, relatif à la prise en charge des frais de santé dont bénéficient les personnes résidant à l'étranger et n'exerçant pas d'activité professionnelle, lors de leurs séjours temporaires en France.

Il tend à clarifier les conditions de prise en charge des pensionnés en distinguant deux cas de figures :

– lorsque ces personnes relèvent d'un règlement européen ou d'une convention internationale de sécurité sociale, il est précisé qu'elles bénéficient d'une prise en charge de leurs frais de santé dès lors que ce règlement ou cette convention attribue à la France la charge d'assurer exclusivement leur couverture en cas de maladie ;

– lorsqu'elles ne relèvent d'aucun de ces règlements ou conventions, il est proposé de conditionner le bénéfice de la prise en charge de leurs frais de santé au fait que la pension française de l'assuré rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années.

Cette durée minimale d'assurance de quinze ans s'appliquait déjà, avant la mise en œuvre de la protection universelle maladie (PUMa), aux retraités de nationalité étrangère non-résidents percevant une retraite en France.

Par ailleurs, le 4° du **II** complète l'article L. 160-3 précité afin de permettre aux enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle et à la charge des pensionnés résidant à l'étranger de bénéficier également de la prise en charge de leurs frais de santé lors de leurs séjours temporaires en France.

Le 3° du **VIII** prévoit l'entrée en vigueur de ces dispositions le 1<sup>er</sup> juillet 2019.

\*

\* \*

*Article 35*

**Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 35 vise à mettre en place une exonération totale du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte.

**1. Le droit existant**

***a. Le régime d'assurance maladie-maternité du département de Mayotte***

Le régime d'assurance maladie-maternité du département de Mayotte est défini à la section 2 du chapitre 1<sup>er</sup> du titre 2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte, modifiée par l'ordonnance n° 2004-688 du 12 juillet 2004.

- ***Une prise en charge hospitalière à 100 %, y compris pour les consultations***

En application de l'article 20 de l'ordonnance précitée, « *le régime d'assurance maladie-maternité assure pour les personnes qui y sont affiliées et leurs ayants droit la couverture et le paiement direct de l'intégralité des frais d'hospitalisation et de consultation externe exposés dans l'établissement public de santé de Mayotte* ». Ainsi, les personnes françaises ou en situation régulière affiliées au régime de Mayotte bénéficient d'une prise en charge intégrale des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte.

- ***Une participation financière des assurés pour les soins de ville***

L'article 20-2 de l'ordonnance précitée dispose que les assurés s'acquittent d'une participation financière aux tarifs servant de base au calcul des prestations. Cette participation, ou ticket modérateur, concerne :

– les frais de médecine générale et spéciale, les frais de soins et de prothèses dentaires, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, les frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés, ainsi que les médicaments, produits et objets contraceptifs et les frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

– les frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins, subir des examens ou interventions appropriés à son état.

Ces dispositions reprennent celles figurant au I de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, relatif à la participation financière des assurés du régime général, à une exception près : l'absence de participation financière des assurés du régime de Mayotte aux frais d'hospitalisation et de traitement à l'hôpital public, cette participation étant limitée aux établissements de santé privés. L'article 20-2 de l'ordonnance rend par ailleurs applicable à Mayotte l'article L. 160-14 <sup>(1)</sup> du code de la sécurité sociale, qui dresse la liste des cas dans lesquels la participation financière de l'assuré peut être limitée ou supprimée (exonération du ticket modérateur).

Si, en l'état du droit, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) n'est pas applicable à Mayotte, deux particularités propres à ce département visent à limiter la participation financière des assurés aux soins de ville :

– Les participations forfaitaires et les franchises, prévues respectivement au II et au III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, ne sont pas applicables ;

– L'article 20-11 de l'ordonnance prévoit une prise en charge par l'État de tout ou partie du ticket modérateur pour les soins de ville, sous condition de ressources. Le plafond de ressources pour bénéficier de cette exonération varie selon le nombre de personnes composant le foyer : il s'élève ainsi à 319,32 euros pour une personne, 478,94 euros pour deux personnes, et atteint 925,87 euros pour six personnes.

### ***b. Une situation sanitaire alarmante***

Les auteurs d'un récent rapport d'information du Sénat consacré à la situation sanitaire en Outre-mer <sup>(2)</sup> s'inquiètent d'une offre médicale mahoraise **très nettement sous-dimensionnée par rapport aux besoins de la population.**

**Ils constatent ainsi qu'alors que** *« le système mahorais repose principalement sur l'hôpital, qui se trouve cependant en grande difficulté du fait de l'afflux massif de Comoriens en situation irrégulière », « l'offre de ville mahoraise apparaît extrêmement faible, quelle que soit la catégorie de professionnels concernés, avec des densités très inférieures à celles constatées en métropole ».* Ainsi, la direction de la sécurité sociale a indiqué au rapporteur que le nombre de professionnels de santé libéraux exerçant sur l'île est de treize médecins généralistes, sept médecins spécialistes, sept chirurgiens-dentistes et cinquante-six masseurs kinésithérapeutes au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

---

(1) L'ordonnance renvoie à l'article L. 322-3, ancienne numérotation de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

(2) « Promouvoir l'excellence sanitaire française dans l'Océan Indien », rapport d'information n° 738 (2015-2016) de MM. Alain Milon, Gilbert Barbier, Mmes Laurence Cohen, Chantal Deseyne et M. Jean-Louis Tourenne, fait au nom de la commission des affaires sociales, 29 juin 2016 - <https://www.senat.fr/rap/r15-738/r15-738.html>

Comme le notent nos collègues sénateurs, *« alors que les soins hospitaliers sont entièrement gratuits, le recours à un praticien libéral suppose l’acquittement par les assurés sociaux du ticket modérateur, dont le montant apparaît trop lourd pour la plupart des Mahorais [...] C’est donc en large part à l’absence de solvabilisation de l’offre libérale par la couverture maladie que tient son faible développement »*.

Dans ce contexte, l’article 20-11 de l’ordonnance précitée s’est révélé insuffisant pour permettre un réel accès des mahorais aux soins de ville. La prise en charge, prévue en 2004, de 50 % du ticket modérateur sous condition de ressources n’a été que peu mise en œuvre au regard des difficultés locales et du peu d’attractivité de cette disposition comparativement à la gratuité de l’hôpital.

## **2. Le dispositif proposé**

Afin de faciliter l’accès aux soins de ville, le plan de développement pour Mayotte, présenté le 13 mai 2018 par la ministre des Outre-mer, prévoit la mise en place d’une exonération totale du ticket modérateur pour les assurés sous condition de ressources dès 2019, puis le déploiement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) à partir de 2022 <sup>(1)</sup>.

Le présent article vient concrétiser cet engagement. Le **I** tend à modifier l’article 20-11 de l’ordonnance précitée afin d’instaurer une prise en charge intégrale, par l’assurance maladie obligatoire, du ticket modérateur pour les soins de ville, sous condition de ressources.

Le plafond annuel de ressources pour être éligible à l’exonération totale du ticket modérateur serait égal à la moitié du plafond applicable à la CMU-C dans les départements d’Outre-mer, soit 4 903 euros pour une personne, 7 354 euros pour deux personnes, 8 825 euros pour trois personnes, 10 296 euros pour quatre personnes, puis 1 961 euros par personne supplémentaire.

D’après l’étude d’impact, ce seuil de ressources permettrait de couvrir près de la moitié des assurés de l’île.

La présente mesure devrait permettre de faciliter l’accès aux soins de ville, tout en réduisant les délais d’attente au Centre hospitalier de Mayotte. Elle devrait également favoriser l’installation et le maintien sur place des professionnels de santé libéraux, en solvabilisant une partie de leur patientèle.

Comme indiqué dans l’étude d’impact, le respect de la condition de ressources sera examiné par la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) sur présentation d’un simple avis d’imposition ou de non-imposition par le demandeur. Les formalités administratives seraient ainsi grandement allégées pour les assurés, par rapport à ce qui est demandé pour la CMU-C (bulletins de salaire et justificatifs de ressources sur les douze derniers mois). La possibilité de mettre

---

(1) Mesure n° 14 du plan de développement pour Mayotte.

en œuvre un échange de flux de données entre la caisse locale et la direction départementale des finances publiques (DDFIP) est en outre à l'étude afin de simplifier et de sécuriser au maximum la procédure. Il est prévu que la caisse remette à l'assuré et ses ayants droits un bon d'exonération, valable un an et utilisable auprès des professionnels libéraux.

Si l'instauration de la CMU-C reste l'objectif à terme, elle nécessite cependant auparavant la mise en œuvre de préalables indispensables (fiabilisation de l'état civil, certification des NIR, déploiement de la carte vitale, formation du personnel de la caisse à l'instruction d'un dossier CMU-C, etc.), sans lesquels elle aurait pour résultat de complexifier l'accès aux soins de la population mahoraise, à rebours de l'objectif visé.

Le présent article doit entrer en vigueur le 1er mai 2019, en application du II.

\*  
\* \*

### *Article 36*

## **Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie**

### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 36 vise à améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des victimes en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, telle une épidémie, en prévoyant de permettre de déroger, par voie réglementaire, aux règles de prise en charge des frais de santé par les assurés ou aux conditions de versement de prestations sociales en espèces.

L'objectif recherché est de neutraliser les restes à charge ou pertes de rémunération engendrés par les circonstances sanitaires exceptionnelles pouvant dissuader l'assuré de recourir aux actes nécessaires non seulement à son état de santé mais aussi à la préservation de la santé publique.

## **I. LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'UNE SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE REPOSE SUR DES DISPOSITIFS PONCTUELS ET CÔUTEUX**

La prise en charge et l'indemnisation des assurés victimes de situations sanitaires exceptionnelles, tenant soit à des épidémies soit à d'autres situations exceptionnelles, reposent sur des dispositifs ponctuellement mis en place, financés par l'assurance maladie. Aucun cadre juridique spécifique n'est prévu en cas de survenance d'un risque grave et anormal d'épidémie ou de dégradation de l'état de santé de certains assurés liés à des circonstances sanitaires exceptionnelles.

La notion de « *situation sanitaire exceptionnelle* » englobe toutes les situations susceptibles d’engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l’offre de soins.

En matière d’organisation de soins en cas de situation sanitaire exceptionnelle, le dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles), mentionné à l’article L. 3131-1 du code de la santé publique, existe depuis 2014. Avant cette date, le dispositif de réponse à ce type de situations exceptionnelles s’appuyait principalement sur les établissements de santé avec les dispositifs dits « plans blancs ».

### **Dispositif ORSAN**

C’est un dispositif d’organisation du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle, élaboré par les agences régionales de santé et mis à disposition des préfets.

Il a vocation à prévoir la mise en œuvre de mesures dérogatoires à l’organisation de la délivrance des soins de droit commun. .

Il poursuit deux objectifs :

- optimiser la prise en charge des patients lors d’événements graves et/ou inhabituels ;
- garantir la continuité et la qualité des soins, des patients non directement impliqués dans l’événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires.

Source : <https://www.gouvernement.fr/risques/dispositif-orsan>

Le dispositif ORSAN organise et adapte les soins afin de prendre toutes les mesures nécessaires pour que les personnes malades puissent bénéficier des soins appropriés. Il a vocation à être mis en œuvre de façon exceptionnelle et principalement au niveau régional. Le projet régional de santé (PRS) dont l’objet est de définir les objectifs pluriannuels de l’Agence régionale de santé inclut la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d’organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Cependant, au plan national, il n’existe toujours pas de mécanisme transversal et transparent de prise en charge des assurés victimes, à l’instar de ce qui a été mis en place pour la prise en charge des victimes d’actes de terrorisme par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 <sup>(1)</sup>. Aujourd’hui, la prise en charge des victimes de situations sanitaires exceptionnelles repose sur des dispositifs *ad hoc* sur la base de lettres ministérielles avec un cadre juridique non sécurisé et sans mode de financement préétabli <sup>(2)</sup>.

---

(1) Voir commentaire de l’article 40 du rapport sur le PLFSS pour 2016 : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r3129-tII.asp>

(2) Étude d’impact, p.XX



### **Exemple : prise en charge de l'épidémie du virus du Zika**

Un dispositif exceptionnel de prise en charge des assurés victimes de l'épidémie de Zika a été mis en place dès 2016.

Les assurés victimes ont bénéficié d'une prise en charge intégrale des examens sérologiques d'infection par le virus Zika ainsi que des frais relatifs à une échographie obstétricale supplémentaire entre la 26<sup>e</sup> et la 28<sup>e</sup> semaine. Les assurés ayant bénéficié de ce dispositif n'ont ainsi pas eu à faire l'avance des frais des examens réalisés.

Les examens pris en charge intégralement par l'assurance maladie, à titre exceptionnel, ont été financés par l'ONDAM soins de ville. Selon le Gouvernement, le coût exhaustif de cette prise en charge est estimé à 2,8 millions d'euros.

De façon subsidiaire, des moyens ont également été alloués aux centres hospitaliers et structures de soins locaux *via* les agences régionales de santé.

## **II. AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES**

Le I crée un nouveau chapitre au sein du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale. Ce nouveau chapitre IX *bis*, intitulé « *Disposition applicables à la prise en charge des risques et conséquences d'une situation sanitaire exceptionnelle* » comprend un article L. 169-14. Il s'inspire du dispositif mis en place dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 pour la prise en charge des frais de santé des victimes présentes sur les lieux d'acte de terrorisme.

L'article L. 169-14 prévoit qu'en cas de « *risque sanitaire grave et exceptionnel* » nécessitant la prise de mesures en urgence, un décret pourra prévoir une prise en charge dérogatoire des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pendant une durée limitée. La durée maximale du dispositif dérogatoire de prise en charge est fixée à un an non renouvelable. Cette prise en charge exceptionnelle doit donc rester ponctuelle et limitée dans le temps.

Selon l'étude d'impact, ce dispositif ne pourra être mobilisé qu'en raison d'un intérêt de santé publique lié à un risque grave et anormal d'épidémie ou de dégradation importante de l'état de santé des assurés, de nature à accroître significativement le risque de mortalité ou de dommages sévères et irréversibles.

Cet article ouvre la possibilité, dans les conditions et limites fixées par décret, de prévoir diverses formes de prise en charge dérogatoires des soins dispensés aux victimes d'une situation sanitaire exceptionnelle. Les dérogations prévues **du 1<sup>o</sup> au 8<sup>o</sup>** de l'article portent sur la prise en charge de tout ou partie de frais de santé ainsi que sur le versement de certaines prestations sociales en espèces.

- *Prises en charge dérogatoires relatives aux frais de santé :*

– *le ticket modérateur* (I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale) : il correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de l'assurance maladie. Il s'applique à l'ensemble des soins et frais médicaux remboursables, qu'il s'agisse d'une consultation chez un médecin, d'un achat de médicaments sur prescription médicale, et varie selon le montant des prestations ;

– *le forfait de 18 euros* (I de l'article L. 160-13 du même code) : pour les actes dépassant un certain montant, le ticket modérateur est remplacé par une participation forfaitaire de 18 euros ;

– *la participation forfaitaire de 1 euro* (II de l'article L. 160-13 du même code) : cette participation est demandée à tous les adultes et s'applique à toutes les consultations ou les actes réalisés par un médecin, aux examens biologiques et aux analyses de biologie médicale ;

– *la franchise médicale annuelle* (III de l'article L. 160-13 du même code) : elle correspond à la somme déduite des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ;

– *le forfait hospitalier* (article L. 174-4 du même code) : il représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation.

Les dérogations peuvent également porter sur la prise en charge par l'assurance maladie des dépassements d'honoraires pour une liste limitative d'actes et de prestations prévue à l'article L. 162-1-7 ainsi que sur les dépassements de tarifs pour les produits et prestations lorsqu'ils sont inscrits, après avis d'une commission de la Haute autorité de santé, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Le 5° ouvre la possibilité de prendre en charge certains actes et soins dans des conditions ou situations dérogeant à celles initialement prévues pour leur prise en charge dans le droit commun. Par exemple, les frais de transport sanitaire de la victime pourraient être pris en charge en intégralité, sans appliquer comme base de prise en charge les tarifs du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire, comme cela est prévu dans le droit commun (article L. 322-5 du code de la sécurité sociale).

- *Règles de délivrance de certaines prestations d'assurance sociale :*

Les dérogations pourront permettre le versement de prestations en espèce sans application du délai de carence ou pour des assurés ne remplissant pas une ou plusieurs conditions d'ouverture de droit. Elles portent sur :

– les conditions de versement des indemnités journalières par l'assurance maladie et maternité des salariés (article L. 313-1 du code de la sécurité sociale) et des travailleurs indépendants (article L. 622-3 du même code) ;

– les conditions de versement du capital décès pour les salariés (article L. 361-1 du même code) et pour les travailleurs indépendants (article L. 632-1 du même code) ;

– les délais d'envoi de l'avis d'arrêt de travail en cas d'interruption de travail pour les incapacités de travail (articles L. 321-2 du code de la sécurité sociale et L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime) et pour les accidents de travail (articles L. 441-1 et L. 441-2 du code de la sécurité sociale et L. 751-26 et L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime).

Le onzième alinéa de l'article L. 169-14 prévoit explicitement que « *ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec le risque en cause et pour les assurés exposés à ce risque.* »

Le décret devra préciser pour chaque situation sanitaire exceptionnelle :

– les destinataires de la prise en charge ;

– le champ des dérogations et de la prise en charge exceptionnelles : exonération de ticket modérateur, prise en charge des participations forfaitaires et franchises, des dépassements d'honoraires ou tarifaires ;

– le cas échéant, les modalités d'organisation spécifiques à la procédure de prise en charge.

### **III. LES DISPOSITIONS APPLICABLES À SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON ET MAYOTTE**

Le **II** de l'article 36 rend applicable le nouvel article L. 169-14 à Saint-Pierre-et-Miquelon par l'ajout d'un alinéa à l'article 9 de l'ordonnance du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales.

Le **III** modifie l'article 20-1 de l'ordonnance du 20 décembre 1996 <sup>(1)</sup> afin de rendre applicable le nouvel article L. 169-14 à Mayotte.

\*

\* \*

---

(1) Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte

CHAPITRE II  
**Renforcer la prévention**

*Article 37*

**Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de dix-huit ans**

**Adopté par la commission avec modifications**

L'article 37 vise à modifier le calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes. Il prévoit que trois des vingt examens, aujourd'hui effectués avant les six ans de l'enfant, soient réalisés entre l'âge de six ans et celui de dix-huit ans.

Ces examens seraient pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, et non plus par l'assurance maternité, à l'exception de ceux réalisés avant les douze jours de l'enfant, qui resteraient à la charge de cette dernière. Ils bénéficieraient en outre du tiers-payant.

**1. Le redéploiement des examens de santé obligatoires jusqu'à l'âge de dix-huit ans**

*a. Le droit existant*

Conformément à l'article L. 2132-1 du code de la santé publique, tous les enfants de moins de six ans bénéficient d'examens de santé obligatoires.

L'article R. 2132-1 du même code précise le nombre d'examens ainsi que l'âge auquel ils doivent intervenir. Sont ainsi prévus :

– neuf examens au cours de la première année, dont un dans les huit jours suivant la naissance et un au cours du neuvième ou dixième mois ;

– trois examens entre le treizième et le vingt-cinquième mois, dont un au cours du vingt-quatrième mois ou du vingt-cinquième mois ;

– deux examens par an au cours des quatre années suivantes.

Cet article dispose en outre que ces vingt examens, réalisés soit par un médecin d'un service de la protection maternelle et infantile (PMI), soit par un médecin choisi par les parents de l'enfant ou par la personne ayant la garde de celui-ci, « *ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations* ».

### ***b. Le dispositif proposé***

Le présent article propose d'étaler ces vingt examens obligatoires jusqu'aux dix-huit ans de l'enfant, alors qu'ils sont aujourd'hui concentrés entre la naissance et l'âge de six ans.

Il s'appuie pour cela sur une recommandation du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), formulée dans un avis du 25 mai 2016 relatif à la refonte du carnet de santé de l'enfant <sup>(1)</sup>. Cet avis s'appuie quant à lui sur les auditions de la Société française de pédiatrie, du Collège de médecine générale, de l'Association française de pédiatrie ambulatoire et des professionnels des services de protection maternelle et infantile.

Le HCSP propose ainsi une nouvelle grille des âges-clés de consultation pour les nourrissons et les enfants :

- un examen avant la sortie de la maternité ;
- un autre au cours de la deuxième semaine, en raison du raccourcissement du séjour en maternité qui ne permet pas toujours de délivrer les messages de prévention ni d'anticiper les questions que vont se poser les parents ;
- un examen mensuel jusqu'à six mois ;
- un examen à neuf mois, à onze mois, à un an, à dix-huit mois et à deux ans ;
- un examen tous les ans entre deux et six ans ;

Surtout, le HCSP propose que trois des vingt examens réalisés aujourd'hui avant l'âge de six ans le soient après cet âge : l'un à huit ans, l'autre entre onze et treize ans et le dernier entre quatorze et dix-huit ans.

Conformément à cette recommandation, le **a)** du **1°** du **I** modifie l'article L. 2132-2 du code de la santé publique pour préciser que ces examens de santé s'adressent aux enfants de moins de dix-huit ans, et non plus de moins de six ans. Un décret devra en outre modifier l'article R. 2132-1 du même code relatif au nombre des examens de santé et aux âges auxquels ils doivent intervenir.

L'article L. 2132-2 précité est également modifié par le **b)** du **1°** du **I** pour spécifier que le contenu des certificats de santé, établis pour certains de ces examens, est défini par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale, et non plus par arrêté interministériel.

Le **2°** du **I** complète l'article L. 2421-1 du même code afin de rendre ce nouveau calendrier des examens de santé applicable à Wallis-et-Futuna, sous réserve d'adaptations.

---

(1) <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=569>

## **2. Une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais**

En l'état du droit, les examens obligatoires prévus à l'article L. 2432-2 du code de la santé publique pour les enfants de moins de six ans sont pris en charge par l'assurance maternité, en application du 1° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale.

Le **I** du présent article ayant relevé à dix-huit ans l'âge en dessous duquel les enfants bénéficient de ces examens, le **II** prévoit en conséquence une prise en charge de ces dépenses par l'assurance maladie, à l'exception de celles correspondant aux examens réalisés durant les douze premiers jours de l'enfant, qui resteraient pris en charge au titre de l'assurance maternité.

Le 1° du **II** tend à modifier l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale relatif aux prestations prises en charge par l'assurance maternité, pour préciser au 1° que celle-ci prend en charge les examens de santé obligatoires de l'enfant réalisés jusqu'à ses douze jours.

Cette modification est cohérente avec la période de prise en charge des prestations par l'assurance maternité, mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-9 précité, qui « *début* quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine douze jours après l'accouchement », en application de l'article D. 160-3 du même code.

Au-delà du douzième jour de l'enfant, les examens de santé obligatoires des jeunes seraient pris en charge par l'assurance maladie. Afin de maintenir une prise en charge à 100 % des frais liés à ces examens, que ceux-ci relèvent d'un financement par l'assurance maternité – pour laquelle le remboursement est aujourd'hui intégral – ou par l'assurance maladie, le 2° du **II** tend à ajouter les frais liés à ses examens à la liste des prestations pris en charge par l'assurance maladie, et pour lesquelles la participation de l'assuré (ticket modérateur) peut être limitée ou supprimée, figurant à l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, le 3° du **II** crée un nouvel article L. 162-1-22 au sein du chapitre 2 du titre 6 du livre 1<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, relatif aux soins et à la prévention, afin de permettre aux assurés de bénéficier du tiers payant pour ces examens.

Le présent article doit ainsi permettre à tous les jeunes de moins de dix-huit ans de bénéficier d'un suivi médical régulier, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie et en tiers-payant.

L'entrée en vigueur du présent article, prévue au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2019, est renvoyée à une date fixée par décret, en application du **III**.

\*

\* \*

*Article 38*

**Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 38 vise à créer un nouveau fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie, se substituant au fonds de lutte contre le tabagisme. La création de ce fonds s'inscrit dans le cadre du plan « Priorité Prévention » de la Stratégie nationale de santé 2018-2022.

Avec la présentation du plan « Priorité Prévention », le 26 mars 2018 par le comité interministériel de la santé, la politique de prévention constitue le premier axe de la Stratégie nationale de santé 2018-2022. Parmi les différentes mesures annoncées, plusieurs concernent les addictions, notamment le tabac et l'alcool et en particulier auprès des publics vulnérables que sont les jeunes et les femmes enceintes.

La stratégie du Gouvernement, telle qu'énoncée dans l'exposé des motifs, vise à « *lutter de façon cohérente contre ces usages [consommation de substances psychoactives] en déployant une stratégie qui intègre aussi bien les différents produits concernés que les diverses modalités d'intervention* ».

**I. ÉTAT DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS**

Aujourd'hui, la politique de prévention des addictions se veut interministérielle et s'articulera avec le plan à venir de mobilisation contre les addictions porté par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Or, les moyens mis en œuvre pour lutter contre les addictions demeurent morcelés par type d'addiction ou de substance, à l'instar de la création d'un fonds de lutte contre le tabagisme en 2017.

● *Fonds de lutte contre le tabac*

Un fonds de lutte contre le tabac a été créé en 2017 par décret <sup>(1)</sup> au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et abondé à partir de 2018 par une contribution sociale des distributeurs agréés de tabac créée en LFSS pour 2017 <sup>(2)</sup>.

Ce fonds contribue au financement d'actions locales, nationales et internationales dans les domaines de la politique de santé définie par l'État conformément aux engagements de la France dans le cadre de la Convention-cadre

---

(1) Décret n° 2016-1671 du 5 décembre 2016 portant création d'un fonds de lutte contre le tabac

(2) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017

de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte anti-tabac. Il contribue, en particulier, au déploiement et au financement des mesures du PNLT 2018-2022. Ces actions sont mises en œuvre par l'Agence nationale de santé publique, par l'Institut national du cancer et par les associations de lutte contre le tabagisme.

#### **Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022**

Prenant la suite du Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 (PNRT), le Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 (PNLT) s'inscrit dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, en particulier avec ses objectifs « Prévenir l'entrée dans les conduites addictives » et « Réduire les prévalences des pratiques addictives et des comportements à risques ». Il s'articule avec les priorités du Plan prévention dont il met en œuvre les engagements en matière de lutte contre le tabagisme.

L'objectif fixé d'ici 2022 est d'abaisser à moins de 22 % la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans et de 20 % la part des fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans.

Il est doté, selon l'annexe « Voies et Moyen : tome I » du projet de loi de finances pour 2019, de 97 millions d'euros en 2018<sup>(1)</sup>, issus exclusivement de la contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits de tabac créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Cette contribution est assise sur le chiffre d'affaires des fournisseurs de produits du tabac exerçant leur activité en métropole ou dans les départements d'outre-mer (DOM) en application des articles L. 137-27 à L. 137-29 du code de la sécurité sociale.

- *Autres sources de financements alloués à la politique de prévention des addictions*

En l'absence de fonds dédié, il est plus difficile d'identifier les dépenses équivalentes pour la prévention des risques liés à l'alcool. Les mesures sont financées, faute de fléchage de recettes vers un fonds spécifique, sur le budget global de l'État et de l'assurance maladie.

– Le financement par l'Assurance maladie au titre de l'ONDAM médico-social spécifique des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), représente 400 millions d'euros en 2017 pour l'ensemble des drogues et conduites addictives ;

– Le programme 204 relatif à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins de la mission « Santé » alloue 3 millions d'euros de crédits à la prévention des addictions pour 2019 ;

---

(1) [https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance\\_publique/files/farandole/ressources/2019/pap/pdf/VMT1-2019.pdf](https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2019/pap/pdf/VMT1-2019.pdf) p.155



– Le programme 129 relatif à la coordination du travail gouvernemental de la mission « Direction de l’action du Gouvernement » finance le budget alloué à la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) avec 17,4 millions d’euros en crédits de paiement et en autorisation d’engagement pour 2019 ;

– Le fonds d’intervention régional (FIR) qui permet de financer les actions des agences régionales de santé. Dans ce cadre, il concourt au financement d’actions en matière de prévention des comportements à risque notamment en lien avec les addictions.

## **II. CRÉATION D’UN FONDS DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS LIÉES AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

Cet article vise à élargir le champ du fonds, destiné au financement de la prévention et de la lutte contre le tabagisme pour en faire un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives. Ce fonds traduit la volonté du Gouvernement de renforcer la transversalité de la politique de prévention de façon. Toutefois, il n’a pas vocation à centraliser l’ensemble des actions et mesures de prévention ni à se substituer à d’autres actions déjà en cours ou à venir dans le même domaine d’action et qui bénéficieraient d’autres sources de financement.

Le **II** crée le nouveau fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives en complétant le chapitre I<sup>er</sup> du titre 2 du livre 2 du code de la sécurité sociale consacré à la Caisse nationale de l’assurance maladie par un nouvel article L. 221-1-4.

Le I de cet article est consacré à la création du nouveau fonds au sein de la Caisse nationale d’assurance maladie. Il s’agit d’élargir le périmètre du fonds non plus seulement au tabac mais également à l’alcool, aux stupéfiants et aux autres substances psychoactives. Ce fonds a pour but de donner des moyens et de favoriser des actions coordonnées consacrées à la prévention et à la lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives. Il ne se substituera pas pour autant à d’autres actions dans le même domaine d’action et qui bénéficieraient d’autres sources de financement.

Le II précise qu’un arrêté ministériel devra fixer chaque année :

- « *la liste des bénéficiaires des financements octroyés par le fonds ;*
- *les montants ainsi que la destination des sommes qui leur seront versées en application du présent article. »*

L’étude d’impact ne précise pas quels seront précisément les bénéficiaires des financements octroyés par le fonds. À ce stade, il est seulement prévu que « *la mesure permettra notamment de financer les consultations des jeunes*

*consommateurs qui sont délivrées dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) à destination de public fragile (...) et participera à la lutte contre le tabac chez les femmes. ».*

Le **I** tire les conséquences de l'élargissement du périmètre du fonds pour l'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution sociale sur le chiffre d'affaire des fournisseurs agréés de tabacs manufacturés abondant le fonds de lutte contre le tabac. Désormais, le produit de cette contribution sociale sera affecté au fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives qui se substitue au fonds de lutte contre le tabac.

En plus de l'affectation du produit de la contribution sociale sur le chiffre d'affaire des fournisseurs de tabac, l'évaluation de l'impact financier global de l'étude d'impact fait aussi état d'un transfert de recettes fiscales à hauteur de 10 millions d'euros en 2019 correspondant au montant de recettes équivalent au produit des nouvelles amendes pour usage de stupéfiants<sup>(1)</sup>. L'annexe 6 au présent projet de loi précise que l'affectation d'une fraction de TVA prévu dans le projet de loi de finances pour 2019 inclura le transfert à la sécurité sociale du montant estimé du produit des amendes pour usage de stupéfiants qui ne peut être affecté directement en tant que produit régalién. Au total, le fonds devrait être doté d'environ 100 millions d'euros comprenant les 88 millions d'euros de la contribution sociale sur les fournisseurs de tabac et les 10 millions d'euros de transfert de TVA représentant le produit des amendes « cannabis ».

Le **III** renvoie les modalités d'application de l'article à un décret.

\*  
\* \*

### *Article 39*

## **Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens**

### **Adopté par la commission sans modification**

Suite à l'expérimentation réussie de vaccination antigrippale par les pharmaciens d'officine menée en Auvergne-Rhône-Alpes et en Nouvelle Aquitaine, **l'article 39** ouvre aux pharmaciens d'officine la possibilité de vacciner. La liste des vaccinations concernées sera fixée par voie réglementaire après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière reste inférieure à 50 % dans notre pays (47,4 % en 2016), ce qui reste largement insuffisant par rapport à l'objectif de 75 % fixé par le Haut Conseil de la Santé publique. Pour

---

(1) La création des amendes pour usage de stupéfiants est proposée dans le cadre du projet de loi de programmation pour la justice

mémoire, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS), environ 9 500 décès sont en moyenne attribuables à la grippe saisonnière chaque année en France métropolitaine.

Pour améliorer cette couverture vaccinale, et conformément aux annonces faites par le Gouvernement lors du Comité interministériel de la santé du 26 mars dernier, le présent article ouvre aux pharmaciens d'officine la possibilité de vacciner.

## **I. UNE EXPÉRIMENTATION RÉUSSIE AU NIVEAU RÉGIONAL**

Une expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens, autorisée par l'article 66 de la LFSS pour 2017<sup>(1)</sup>, est déployée depuis le mois d'octobre 2017 dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine.

Le bilan de cette expérimentation est pour le moment très positif : près de 160 000 personnes, majoritairement des personnes âgées de 65 ans et plus, ont été vaccinées, dont environ les deux tiers en Auvergne-Rhône-Alpes. Selon l'étude d'impact, 2 696 pharmacies participent aujourd'hui à cette expérimentation dans les deux régions, soit 57 % des pharmacies inscrites.

Cette expérimentation ne portait initialement que sur les adultes ciblés par les recommandations vaccinales en vigueur, à l'exception des femmes enceintes et des primo-vaccinations, les patients jugés « *à risque particulier* » devant en outre être orientés vers leur médecin traitant. Elle a été récemment élargie à toutes les personnes majeures, à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure<sup>(2)</sup>.

Forte de son succès, cette expérimentation sera étendue aux régions Occitanie et Hauts-de-France pour la campagne 2018-2019<sup>(3)</sup>.

## **II. UNE GÉNÉRALISATION AU NIVEAU NATIONAL PRÉVUE POUR LA CAMPAGNE VACCINALE 2019-2020**

Le présent article permet la généralisation de la vaccination par les pharmaciens, dans des conditions qui seront précisées par voie réglementaire.

Le I exclut les vaccinations effectuées par les pharmaciens de la liste des actes susceptibles d'être considérés comme constitutifs d'un exercice illégal de la médecine, énumérés à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique.

---

(1) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(2) Arrêté du 25 septembre 2018 modifiant l'arrêté du 10 mai 2017 pris en application de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(3) Arrêté du 8 juin 2018 modifiant l'arrêté du 10 mai 2017 pris en application de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Le **1° du II** complète la liste des missions attribuées aux pharmaciens d'officine énumérées à l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, précisant que ces derniers peuvent effectuer certaines vaccinations. La liste de ces vaccinations sera fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la HAS.

D'après l'étude d'impact et les informations transmises au rapporteur général, cette possibilité de vacciner ne sera ouverte dans un premier temps qu'à la vaccination contre la grippe saisonnière. En effet, suite à une saisine de la direction générale de la santé, la HAS ne s'est pour le moment prononcée que sur ce seul vaccin, dans un avis de juillet 2018. D'autres travaux de la HAS traiteront par la suite de l'ensemble des vaccinations de l'enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte. Le Gouvernement a donc fait le choix de retenir une habilitation législative large, qui permettra éventuellement d'étendre à l'avenir le dispositif à d'autres vaccinations que la vaccination antigrippale.

Le **2° du II** renvoie la fixation des conditions d'application de cette disposition à un décret en Conseil d'État.

Le **III** précise les modalités de prise en charge par l'assurance maladie de ces vaccinations <sup>(1)</sup> :

– la tarification des honoraires dus aux pharmaciens pour une vaccination devra être négociée dans le cadre de la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine (**2°**) ;

– un délai de six mois minimum devra être observé entre l'approbation de toute mesure conventionnelle de revalorisation de ces honoraires et l'entrée en vigueur de cette revalorisation (**3°**).

Pour mémoire, dans le cadre de l'expérimentation actuellement en cours, la pharmacie d'officine reçoit la somme de 4,50 euros par personne vaccinée dès lors que celle-ci bénéficie d'une prescription médicale et de 6,30 euros si elle ne bénéficie que d'un bon de prise en charge émis par un organisme d'assurance maladie. Chaque pharmacie participant à l'expérimentation reçoit en outre une somme forfaitaire de 100 euros pour chaque pharmacien participant à l'expérimentation et ayant réalisé au moins cinq vaccinations au sein de cette officine, au titre du dédommagement lié aux contraintes spécifiques de l'expérimentation.

Le **IV** met fin au 1<sup>er</sup> mars 2019, date d'entrée en vigueur du présent article, aux expérimentations conduites dans le cadre de l'article 66 de la LFSS pour 2017.

\*  
\* \*

---

(1) Le 1° du III corrige une erreur rédactionnelle préexistante.

CHAPITRE III  
**Améliorer les prises en charge**

*Article 40*

**Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 40 vise à créer une nouvelle prestation, prise en charge entièrement par l'assurance maladie, à destination des enfants présentant des troubles du neuro-développement pour assurer leur accompagnement avant même la réalisation d'un diagnostic.

Cette prestation, sous la forme d'un parcours de soins coordonnés, devra être organisée par des structures dites de deuxième ligne médico-sociales ou sanitaires lesquelles recevront un « forfait de bilan et intervention précoce ».

La mesure s'inscrit dans le cadre du déploiement de la stratégie nationale pour l'autisme 2018 2022.

**I. UNE PRISE EN CHARGE ENCORE TROP TARDIVE ET TROP PEU STRUCTURÉE DE L'AUTISME INFANTILE**

**A. UNE PRÉOCCUPATION RÉCENTE DE SANTÉ PUBLIQUE**

L'autisme est un trouble du neuro-développement débutant dès la petite enfance, avant l'âge de trois ans et persistant à l'âge adulte. Il altère simultanément la capacité à établir des interactions sociales et à communiquer. Il se manifeste également par des troubles du comportement, des intérêts restreints et répétitifs. L'autisme fait partie d'un groupe plus large de troubles appelés Troubles Envahissants du Développement (TED).

Selon les données de la Haute autorité de santé (HAS), la prévalence estimée pour l'autisme infantile est de 2 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans et de 6,6 pour 1 000 la fréquence des Troubles Envahissants du Développement. Il reste encore difficile aujourd'hui de définir une prévalence de l'autisme et des TED du fait de données épidémiologiques peu nombreuses, ponctuelles et anciennes.

La prise en compte de l'autisme dans les politiques publiques en France a été tardive, à partir de 2001, ce qui a pu compliquer l'établissement et l'application des recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Trois plans successifs ont été mis en place pour prendre en compte et pour répondre à la problématique de l'autisme :

- 1<sup>er</sup> Plan autisme 2005-2007 ;

– 2<sup>e</sup> Plan autisme 2008-2010 ;

– 3<sup>e</sup> Plan autisme 2013-2017

## **B. LE TRIPTYQUE REPÉRAGE – DIAGNOSTIC – INTERVENTION PRÉCOCE**

Chacun des trois plans autisme successifs a insisté sur la nécessité d'assurer le repérage, le diagnostic et la mise en place d'interventions précoces à destination des enfants, conformément aux recommandations de bonnes pratiques (RBP) des professionnels. Le 3<sup>e</sup> plan avait par ailleurs dégagé une priorité nette pour les interventions précoces.

### **Triptyque : repérage / diagnostic / intervention précoce**

Pour que soient possibles des interventions précoces, soit conventionnellement avant 5 ans, ou même très précoces, c'est-à-dire commencées avant 2 ans, un diagnostic doit avoir été posé ou du moins être en cours, et qu'en amont les troubles doivent avoir fait l'objet d'un repérage débouchant sur un diagnostic. Un lien fort existe entre ces trois étapes : repérage, diagnostic et intervention précoce.

– Repérage : il relève de l'intervention d'un professionnel de première ligne qui, dans le cadre de son exercice professionnel (médical, paramédical ou non) détecte des signaux et oriente vers un diagnostic. Parmi les professionnels de première ligne, on compte les professionnels de la petite enfance, ceux de l'Éducation nationale ou encore les professionnels de santé exerçant en libéral, notamment en service de protection maternelle et infantile (PMI) ;

– Diagnostic : cette phase précède en principe toute prise en charge et ne peut être réalisée que par le corps médical. Les diagnostics sont le plus souvent réalisés par des équipes pluridisciplinaires conformément aux recommandations de bonne pratique de la HAS. On distingue le diagnostic « simple » dit de niveau 2 du diagnostic complexe dit de niveau 3.

– Intervention précoce : les recommandations de bonne pratique de la HAS préconisent la mise en œuvre d'un projet personnalisé d'interventions dans les trois mois qui suivent le dépistage de troubles du développement.

### **1. Un repérage précoce encore insuffisant**

La nécessité d'intervenir le plus précocement possible auprès des enfants fait partie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles les plus consensuelles et mises en avant. Or, la première étape que constitue le repérage précoce des enfants atteints de troubles du spectre autistique demeure insuffisant comme le souligne le rapport du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la prise en charge de l'autisme présenté en juin 2018 <sup>(1)</sup>.

---

(1) Rapport d'information par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques présenté par M. Daniel Fasquelle et Mme Nathalie Sarles, « Évaluation de la prise en charge de l'autisme », juin 2018.

Un des principaux freins au développement du repérage précoce est le déficit de formation des professionnels dits de première ligne en matière de trouble du spectre de l'autisme (TSA), en particulier des médecins généralistes et des pédiatres.

Si un effort pour la formation des médecins de première ligne au repérage des TSA dans le cadre de la formation continue était prévu par le 3<sup>e</sup> plan autisme, la Cour des comptes souligne que les dispositifs mis en œuvre n'ont pas eu l'impact escompté. Parmi les mesures prises afin de systématiser le dépistage figurent la refonte du carnet de santé, entré en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2018 et les consultations obligatoires du 9<sup>ème</sup> et du 24<sup>ème</sup> mois comme moments privilégiés pour le repérage des signaux d'éventuels troubles. Toutefois, le manque de formation ou d'action à la sensibilisation au repérage des premiers signes de l'autisme reste un frein à l'amélioration de l'alerte et du repérage précoce

Un des autres relais naturels de la fonction de détection est le service de la PMI. Or, en l'absence de cadrage national du rôle des PMI, « *la mobilisation des services pour cette tâche est tributaire des initiatives prises par chaque département (...), le niveau des connaissances et des pratiques restant hétérogène* »<sup>(1)</sup>. De nombreux rapports sur la prise en charge de l'autisme déplorent plus généralement des fortes inégalités territoriales et un réseau défaillant pour la systématisation des actions de repérage et d'alerte.

## **2. Le diagnostic : un dispositif lourd et encore trop souvent à la charge des parents**

Aujourd'hui, l'accès au diagnostic est encore trop complexe et coûteux pour les familles. Si le 3<sup>e</sup> plan autisme a tenté une structuration en trois niveaux du réseau de repérage et diagnostic, son articulation au niveau local n'est pas optimale et débouche sur l'engorgement des centres de ressources autisme (CRA).

### **Structuration en trois niveaux du réseau de repérage et de diagnostic**<sup>(2)</sup>

- Premier niveau : celui du repérage par les acteurs de la petite enfance, de la communauté éducative et de la médecine de ville ;
- Deuxième niveau : concerne les diagnostics simples effectués par les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les centres médico-psycho-pédagogiques, les médecins généralistes et pédiatres ;
- Troisième niveau : celui du diagnostic complexe qui est organisé à l'échelle régionale par les CRA.

Plusieurs raisons ont été relevées par la Cour des comptes<sup>(1)</sup> :

---

(1) *Cour des comptes* « Évaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme », décembre 2017.

(2) *Rapport d'information par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques présenté par M. Daniel Fasquelle et Mme Nathalie Sarles*, « Évaluation de la prise en charge de l'autisme », juin 2018.

– le maillage territorial en vue d'un diagnostic de proximité reste insuffisant : « *la mise en œuvre des dispositions prévues pour améliorer, en quantité et en qualité, le diagnostic de proximité se heurte à l'absence d'outils de mise en œuvre systématique et de suivi* » ;

– l'engagement des structures en principe dédiées aux diagnostics dits « complexes », notamment les centres de ressources autisme (CRA). Selon le rapport du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) précité, le délai d'attente entre la réception de la demande de diagnostic et la restitution du bilan est de 446 jours soit 1 an et 2 mois en moyenne.

À rebours des recommandations de bonne pratique et des orientations des plans autisme, certaines maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) exigent que les bilans soient réalisés par les CRA alors qu'ils devraient être réservés seulement aux situations complexes. En conséquence, les délais d'attente pour l'accès au diagnostic sont très longs auxquels s'ajoutent les listes d'attente pour la prise en charge par une structure aboutissant à des situations d'errances diagnostiques pour les familles.

Ce contexte contraint souvent les parents à recourir à des professionnels libéraux, le plus souvent à leur charge :

– la majorité des professionnels de santé qui doivent intervenir auprès des enfants avec autisme ne voit pas leurs actes pris en charge par l'assurance maladie : neuropsychologues, psychologues, ergothérapeutes et psychomotriciens ;

– si l'enfant bénéficie d'une prise en charge en service médico-social, l'assurance maladie ne procédera pas à des remboursements de soins en libéral assimilés à une double prise en charge <sup>(2)</sup>.

Comme le souligne l'étude d'impact <sup>(3)</sup>, « *si majoritairement, l'accès au diagnostic est trop tardif, il est également devenu discriminant face au coût élevé des actes nécessaires à sa réalisation.* »

### **3. Intervention précoce insuffisamment déployée**

L'enjeu central est d'une part d'identifier des opérateurs susceptibles et capables de déployer une offre conforme à l'esprit des recommandations de la HAS et d'autre part de ne plus subordonner une prise en charge précoce à l'établissement d'un diagnostic.

---

(1) *Cour des comptes* « Évaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme », décembre 2017.

(2) *Rapport IGAS N° 2016-094R / IGEN N° 2017-031*.

(3) *Étude d'impact*, p. 320.



Au niveau régional, certaines ARS ont mis en place des plateformes d'intervention précoce à l'instar de l'ARS de Haute-Normandie. Les plateformes, adossées à des structures médico-sociales sont constituées de personnels formés et visent à faciliter la mise en relation des acteurs susceptible d'assurer la prise en charge des enfants. Ces expérimentations ont mis en avant les limites d'une prise en charge par les seules structures médico-sociales et le besoin d'impliquer des professionnels libéraux tels que les psychologues, les psychomotriciens ou encore les ergothérapeutes.

La réorganisation sur l'ensemble du territoire national des services et structures de prise en charge précoce est aujourd'hui nécessaire.

### **C. UNE NOUVELLE STRATÉGIE NATIONALE POUR L'AUTISME**

La stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022, présentée le 6 avril 2018, succède au 3<sup>ème</sup> plan autisme 2013-2017 et se décline autour de 5 engagements :

- remettre la science au cœur de la politique publique de l'autisme ;
- intervenir précocément auprès des enfants présentant des différences de développement afin de limiter le sur-handicap ;
- rattraper le retard en matière de scolarisation ;
- soutenir la pleine citoyenneté des adultes ;
- soutenir les familles et reconnaître leur expertise.

Dans le cadre du 2<sup>o</sup> engagement, plusieurs mesures ont été annoncées, dont certaines sont présentes dans le présent projet de loi :

- repérer les écarts au développement des très jeunes enfants ;
- confirmer rapidement les premiers signaux d'alerte ;
- intervenir rapidement et réduire les délais de diagnostic ;
- réduire très fortement le reste à charge pour les familles avec la mise en place d'un forfait d'intervention précoce permettant de financer le recours aux professionnels non conventionnés.

L'un des objectifs de la stratégie autisme 2018-2022 sera également de conforter, au travers de leur formation, les capacités de repérage et d'alerte de l'ensemble des professionnels ayant à jouer un rôle dans le parcours des enfants et de leurs familles.

## II. LA CRÉATION D'UNE NOUVELLE PRESTATION POUR DÉVELOPPER LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT

Cet article vise à créer une nouvelle prestation, prise en charge entièrement par l'assurance maladie, à destination des enfants présentant des troubles du neuro-développement pour assurer leur accompagnement avant même la réalisation d'un diagnostic. Cette prestation, sous la forme d'un parcours de soins coordonnés, devra être organisée par des structures dites de deuxième ligne médico-sociales ou sanitaires lesquelles recevront un « forfait de bilan et intervention précoce ». La mesure s'inscrit dans le cadre du déploiement de la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022.

L'objectif recherché avec la mise en place d'un parcours de soins coordonné, en amont du diagnostic, est « *d'accélérer l'accès à des interventions précoces tout en assurant leur inscription dans un parcours structuré* »<sup>(1)</sup>.

### A. CRÉATION D'UNE NOUVELLE PRESTATION : « PARCOURS DE BILAN ET INTERVENTION PRÉCOCE »

Le 1° du I insère un chapitre V au sein du titre III du livre premier de la deuxième partie du code de la santé publique intitulée « *Parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement* » comportant un article L. 2135-1.

Le premier alinéa de l'article L. 2135-1 pose le principe selon lequel un « *parcours de bilan et intervention précoce* » pour l'accompagnement et la réalisation d'un diagnostic des enfants présentant un trouble du neuro-développement est créé et pris en charge par l'assurance maladie.

Il s'agit, d'une part, de ne plus conditionner l'accès aux interventions précoces à la réalisation préalable d'un diagnostic, et d'autre part, de garantir la prise en charge financière de la prestation par l'assurance-maladie afin d'assurer à un égal accès de tous à cette nouvelle offre de soins sans reste à charge.

Comme le précise l'exposé des motifs, « *la nécessité d'intervenir le plus précocement possible implique que les interventions soient déployées dès les premiers constats des difficultés neuro-développementales, afin de répondre aux problèmes d'errance diagnostique et de sur-handicap.* »

Concernant le contenu du parcours coordonné, le décret d'application devrait établir un cahier des charges pour préciser les prestations prises en charge dans le cadre du parcours coordonné.

---

(1) *Étude d'impact, p.321.*

## **1. Structures désignées pour l'organisation du parcours de soins**

Le deuxième alinéa précise que seules certaines structures, établissements ou services désignés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), seront en mesure d'organiser un parcours de bilan et intervention précoce.

Seront concernés les établissements et services suivants :

- Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (2° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale) ;

- Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS) mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique (3° du même article) ;

- Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services (11° du même article)

- Les établissements de santé autorisés en psychiatrie mentionnés à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique.

L'objectif recherché est de désigner une ou plusieurs structures ayant un rôle de référent et de coordonnateur au niveau de proximité le plus adéquat, qui pourra être départemental ou infra départemental. Un appel à projet devrait être lancé par les ARS pour désigner ces structures en charge de ce nouveau rôle de régulation et plateforme.

## **2. Contractualisation avec certains professionnels de santé non conventionnés**

Il est précisé au troisième alinéa que les bilans et interventions précoces pourront être réalisés par les professionnels de santé ci-dessous ayant conclu un contrat avec les structures désignées :

- les psychomotriciens mentionnés à l'article L. 4332-1 du code de la santé publique ;

- les ergothérapeutes mentionnés à l'article L. 4331-1 du même code ;

- les psychologues.

Aujourd'hui, ces professionnels ne sont pas conventionnés avec l'assurance maladie. Les familles ayant recours à l'un de ces professionnels n'ont pas la possibilité d'être pris en charge financièrement.

La mesure proposée vise à permettre pour l'organisation du parcours de soins une contractualisation entre les structures désignées et « *des équipes de professionnels libéraux identifiés, labellisés, intervenant de manière complémentaire à la deuxième ligne, et en capacité d'accueillir rapidement les enfants sur prescription pour réaliser les bilans complémentaires prescrits par les recommandations en vue de progresser vers le diagnostic et mettre en œuvre de manière simultanée des interventions précoces.* <sup>(1)</sup> »

Ce contrat entre la structure désignée et ces professionnels de santé devra prévoir :

- des engagements de bonnes pratiques professionnelles ;
- les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant ;
- pour les psychomotriciens, les ergothérapeutes et les psychologues, les modalités de rémunération par la structure désignée dans le cadre du parcours coordonné.

Un contrat type devra être défini par arrêté ministériel.

Tous les professionnels de santé conventionnés mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale sont également concernés par la mise en place du parcours coordonné. S'ils sont déjà rémunérés pour leurs activités sur la base des tarifs conventionnels de droit commun, ils sont intéressés à la coordination du parcours. Ainsi, le contrat avec la structure désignée sera facultatif pour ces professionnels mais il vise à structurer leur participation au parcours bilan et interventions précoces.

Selon l'étude d'impact, la réappropriation par les professionnels de première ligne du repérage et de l'orientation des parents et enfants, repose sur la mise en œuvre d'un chaînage vertueux selon le principe de subsidiarité suivant :

- une prise en charge immédiate, et sans frais pour les familles, par une structure de deuxième ligne désignée, dont l'organisation sera rendue visible pour les parents et les professionnels de santé ;
- à défaut, la réalisation de bilans et d'interventions précoces par les professionnels de santé libéraux qui auront conclu un contrat avec la structure désignée, après orientation par le médecin de première ligne et confirmation par la structure faisant office de « plateforme autisme – troubles neurodéveloppementaux ».

Dans ce cadre, il reviendra aux ARS de s'assurer que le recours aux professionnels libéraux sera correctement coordonné par les structures de deuxième ligne. Les ARS devront également assurer un suivi du maillage territorial.

---

(1) Étude d'impact, p. 321.

### **3. Obligation de prescription médicale**

La prise en charge du parcours par la caisse d'assurance maladie sera soumise à prescription médicale. Cette condition vise à garantir un point d'entrée médical dans le parcours coordonné et à éviter qu'il y ait auto-saisine par des professionnels non conventionnés. L'étude d'impact mentionne l'importance d'« *une capacité de saisine immédiate de la deuxième ligne par la première ligne* ». Concrètement, cela signifie que les familles concernées devront soit s'adresser directement à une structure désignée ou y être orientées par un médecin généraliste ou un pédiatre sur prescription médicale.

Les conditions d'application du présent article seront fixées par décret en Conseil d'État.

### **4. Prise en charge intégrale des dépenses par l'assurance maladie**

Le 2° de l'article complète l'article L. 2112-8 du code de la santé publique relatif au financement des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4.

Il est précisé que, par exception, les régimes d'assurance maladie prennent en charge l'intégralité des dépenses relatives au parcours de bilan et intervention précoce.

Les consultations auprès des professionnels libéraux (ergothérapeute, psychomotricien ou psychologue) non conventionnés avec une structure désignée et en dehors du cadre du parcours coordonné ne seront toutefois toujours pas prises en charge par l'assurance maladie.

## **B. FINANCEMENT DES STRUCTURES DÉSIGNÉES PAR UN « FORFAIT DE BILAN ET INTERVENTION PRÉCOCE »**

Le II rétablit au sein du chapitre 4 du titre 7 du livre premier du code de la sécurité sociale une section 10 intitulée : « *Dépenses relatives aux parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement* » comportant un nouvel article L. 174 17.

Il prévoit qu'un « forfait de bilan et intervention précoce », sous forme de dotation, sera versé par les caisses d'assurance maladie pour financer les structures en charge de l'organisation du parcours de bilan et intervention précoce, mentionnées à l'article L. 2135-1 du code de santé publique.

Selon l'étude d'impact, le forfait devra permettre le financement :

« – *d'une consultation pour un bilan et des séances hebdomadaires de psychomotricien pour les enfants de moins de trois ans ;*

– d'un bilan neuropsychologique pour les enfants entre 3 et 5 ans, de séances d'ergothérapie pour les enfants de 5 à 6 ans, selon les troubles présentés. ».

Le forfait vise donc à prendre en charge l'intégralité des prestations, y compris le paiement direct des professionnels libéraux sous contrat avec la structure désignée, sans reste à charge ni ticket modérateur pour la patientèle.

### **C. APPLICATION À SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON**

Les **III** et **IV** rendent l'article applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon par modification de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 <sup>(1)</sup>.

\*  
\* \*

#### *Article 41*

### **Accélération de la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

#### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 41 vise à raccourcir de deux ans la période de transition pour la convergence tarifaire du seul forfait « soins » en modifiant l'article 58 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement portant sur la réforme de la tarification des EHPAD. L'objectif recherché est de pouvoir augmenter plus rapidement les moyens financiers supplémentaires alloués aux établissements pour accroître le recrutement de personnel soignant.

## **I. ÉTAT DU DROIT**

L'article 58 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement procède à une réforme d'ampleur de la tarification des EHPAD et plus spécifiquement des forfaits soins et dépendance. La nouvelle tarification vise à objectiver l'allocation des ressources en mettant en place un financement forfaitaire, défini en fonction de l'estimation des besoins en soins et du niveau de dépendance des résidents.

Le calcul du financement des EHPAD s'appuie sur trois tarifs distincts, lesquels sont liés à la triple fonction soins, prise en charge médico-sociale et hébergement de la personne propre à ces établissements. Pour financer chacune de ces fonctions, les EHPAD se voient appliquer trois forfaits différents :

---

(1) Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales

– le forfait soins : ce sont des dépenses médicales réelles financées par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation globale ;

– le forfait dépendance : il couvre les dépenses liées aux prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces dépenses sont financées par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), par l'aide sociale départementale ou par les patients directement ;

– le forfait hébergement : il couvre les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Il est en principe à la charge du patient mais peut être acquitté de façon totale ou partielle par les aides disponibles.

Avec la réforme de la tarification des EHPAD, il est mis fin à la procédure de négociation des tarifs liés aux soins et à la dépendance dans le cadre des conventions dites « tripartites » entre les agences régionales de santé, les départements et les établissements. Désormais, la réforme prévoit une convergence tarifaire entre les établissements, fondée sur un nouveau mode de calcul à partir d'équations tarifaires distinctes pour le forfait « soins » et pour le forfait « dépendance ».

#### **Réforme tarifaire du forfait « soins »**

Le calcul du forfait « soins » s'appuie sur une nouvelle équation tarifaire prenant en compte le niveau moyen de dépendance des résidents, la capacité d'hébergement de l'EHPAD et la valeur d'un point défini au niveau national. La formule est la suivante :

$$GMPS^{(1)} \times \text{nombre de places autorisées et financées au titre de l'hébergement permanent} \times \text{valeur du point fixé par arrêté ministériel}$$

L'équation tarifaire « soins » est donc nationale, contrairement à l'équation tarifaire « dépendance » qui est construite au niveau départemental. L'objectif de la nouvelle tarification « soins » est l'atteinte d'une valeur cible nationale par la convergence vers des valeurs plafonds, rarement atteintes précédemment.

La réforme organise une période de transition vers ce modèle. La convergence vers la valeur cible s'étend ainsi sur sept années, par septième, pour réduire les écarts éventuels entre les valeurs de départ et la valeur d'arrivée. La fraction de la différence augmente progressivement au rythme suivant : un septième en 2017, un sixième en 2018, un cinquième en 2019, un quart en 2020, un tiers en 2021, un demi en 2022 et un en 2023.

La réforme du volet forfait « soins » s'accompagne aussi d'un soutien financier de 430 millions d'euros pour les établissements « perdants ».

La réforme tarifaire du forfait « soins » consiste en une convergence principalement à la hausse avec des revalorisations des recettes différenciées selon les établissements en fonction du niveau de départ plus ou moins éloigné de la

---

(1) GMPS : GIR moyen pondéré soin ou GMPS, calculé sur la base d'une grille dépendance AGGIR qui correspond au niveau d'autonomie et une grille soins PATHOS qui correspond aux besoins de soins médicotéchniques.

valeur cible. Selon des données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) citées par un rapport de l'IGAS <sup>(1)</sup>, 85 % des établissements gagnent à la convergence, environ 10 % sont à peu près stables et seulement 5 % sont en baisse programmée. Les établissements « gagnants » de la réforme tarifaire sur le volet « soins » seront surtout les établissements accueillant les personnes les plus lourdement handicapées selon la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) auditionnée par votre rapporteur ; la nouvelle équation tarifaire incitera les établissements à mieux décrire le profil de leur population.

Comme le souligne le même rapport IGAS, « *la réforme est bien engagée au titre du « tarif soins » par une convergence à la hausse vers les tarifs plafonds pour l'immense majorité des établissements et des budgets complémentaires de 100 millions d'euros chaque année* ».

Sur la réforme du forfait « soins », les seules réserves ont porté sur son étalement sur sept ans pour la convergence des tarifs. La période de convergence a été perçue comme trop longue par l'ensemble des établissements. L'effet de revalorisation s'en est trouvé ainsi atténué même s'il a été continu.

## II. DISPOSITIF PROPOSÉ

Cet article vise à raccourcir de deux ans la période de transition pour la convergence tarifaire du seul forfait « soins » en modifiant l'article 58 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement portant sur la réforme de la tarification des EHPAD.

La réforme tarifaire « soins » devra aboutir en 2021 après une période transitoire de cinq ans au lieu de 2023 au terme d'une période de sept ans comme initialement prévu.

Le 1<sup>o</sup> substitue donc l'année 2021 à l'année 2023 au premier alinéa VII de l'article 58 lequel définit la période transitoire pour la convergence des tarifs « soins » vers la valeur cible déterminée par la nouvelle équation tarifaire.

En conséquence le 2<sup>o</sup> ajuste le rythme de convergence en prévoyant une augmentation de la fraction de la différence entre le forfait global de soins et la dotation GMPS de l'année précédente revalorisée d'un taux fixé chaque année par arrêté ministériel, qui sera versée aux EHPAD.

---

(1) IGAS, rapport n° 2018-023R, « Relevé des échanges et propositions de la médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les Établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes », avril 2018, p. 17 : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-023R.pdf>



### ACCÉLÉRATION DU RYTHME DE CONVERGENCE DU FORFAIT « SOINS »

	Période transitoire actuelle	Période transitoire prévue par PLFSS
2017	1/7 <sup>e</sup>	1/7 <sup>e</sup>
2018	1/6 <sup>e</sup>	1/6 <sup>e</sup>
2019	1/5 <sup>e</sup>	1/3
2020	1/4	1/2
2021	1/3	1
2022	1/2	Fin de la période transitoire
2023	1	

Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale

L'objectif poursuivi par le Gouvernement avec l'accélération de la convergence tarifaire du forfait « soins » est d'accroître les recettes des établissements pour renforcer plus rapidement les équipes soignantes et atteindre plus rapidement la valeur cible. L'étude d'impact estime le montant de la mesure à 48 millions d'euros supplémentaires par an pour les établissements entre 2019 et 2022, qui s'ajoutent aux 217 millions d'euros déjà programmés. Son financement sera pris en charge par l'ONDAM médico-social et l'objectif global de dépense (OGD) personnes âgées.

\*

\* \*

## CHAPITRE IV

### Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé

#### Article 42

#### **Renforcer l'accès précoce à certains produits de santé innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge**

##### **Adopté par la commission avec modifications**

L'article 42 permet de renforcer l'accès précoce des patients aux médicaments et dispositifs médicaux innovants.

Il permet principalement d'adapter le système des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) afin de permettre un accès encore plus rapide des patients atteints de maladies graves à des médicaments innovants :

- il autorise la prise en charge d'un médicament dans une nouvelle indication sous ATU même après la délivrance de l'AMM, alors que le périmètre de l'ATU est aujourd'hui « figé » après la délivrance de l'AMM ;
- il crée une voie dérogatoire permettant l'accès direct dans le système du post-ATU, pour des médicaments qui n'auraient pas bénéficié du système d'ATU ;
- il impose de nouvelles obligations aux industriels dans la période qui suit la sortie du système dérogatoire, afin d'éviter les abus et de garantir la continuité des traitements ;
- il simplifie le mode de calcul de la remise versée dans le cadre de la régulation financière des ATU.

Pour la prise en charge d'un médicament dans une nouvelle indication sous ATU après la délivrance de l'AMM, ainsi que pour les médicaments entrant directement dans le dispositif de « post-ATU » sans transiter par l'ATU, une compensation, dont le niveau sera confidentiel et fixé par les ministres, sera accordée à l'entreprise dans le cadre de la mise à disposition d'un médicament dans cette nouvelle indication. L'industriel devra ensuite reverser sous forme de remises la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette nouvelle indication et le montant correspondant si les médicaments vendus dans cette nouvelle indication avaient été valorisés au niveau de cette compensation.

L'article créé également un dispositif entièrement nouveau d'accès précoce aux dispositifs médicaux, inspiré du mécanisme d'ATU pour les médicaments, conformément aux annonces du Conseil stratégique des industries de santé de juillet dernier. Les modalités de prise en charge financières de ces dispositifs médicaux innovants sont les mêmes que celles évoquées ci-dessus pour les médicaments.

Il comporte également des garanties relatives à la soutenabilité et surtout à la pertinence de la prise en charge des produits de santé par l'assurance maladie :

- il permet au CEPS de fixer par décision unilatérale des remises pour les médicaments utilisés en association ;
- il ouvre la possibilité de collecter des données de vie réelles pour certains produits, c'est-à-dire de faire d'étudier les médicaments à partir des données issues de la prescription, de la délivrance et de la consommation des médicaments par les patients ;
- il rend possible le conditionnement de l'inscription au remboursement d'un médicament à des conditions de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durée de prise en charge ;
- il précise les modalités de fixation des règles de prise en charge des médicaments homéopathiques.

Si le rapporteur général partage pleinement les objectifs du présent article, qui vise à permettre l'accès précoce à certains produits de santé innovants tout en garantissant la soutenabilité de notre système de prise en charge, il ne peut que regretter son extrême complexité et son manque de lisibilité, même pour les acteurs du secteur, pourtant habitués à déchiffrer des dispositifs souvent baroques.

## **I. RENFORCER L'ACCÈS PRÉCOCE À CERTAINS PRODUITS DE SANTÉ INNOVANTS**

Le système français d'accès précoce aux médicaments innovants, pionnier dans les années 1990, reste le plus rapide d'Europe. L'ambitieux dispositif d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) permet aujourd'hui à des patients atteints de maladies graves d'avoir accès très tôt à de nouveaux médicaments, des mois ou même des années avant que ceux-ci ne soient accessibles dans d'autres pays.

Pourtant, si la France veut rester à la pointe dans ce domaine, dans un contexte où l'innovation en matière de santé n'a de cesse de s'accélérer, ce

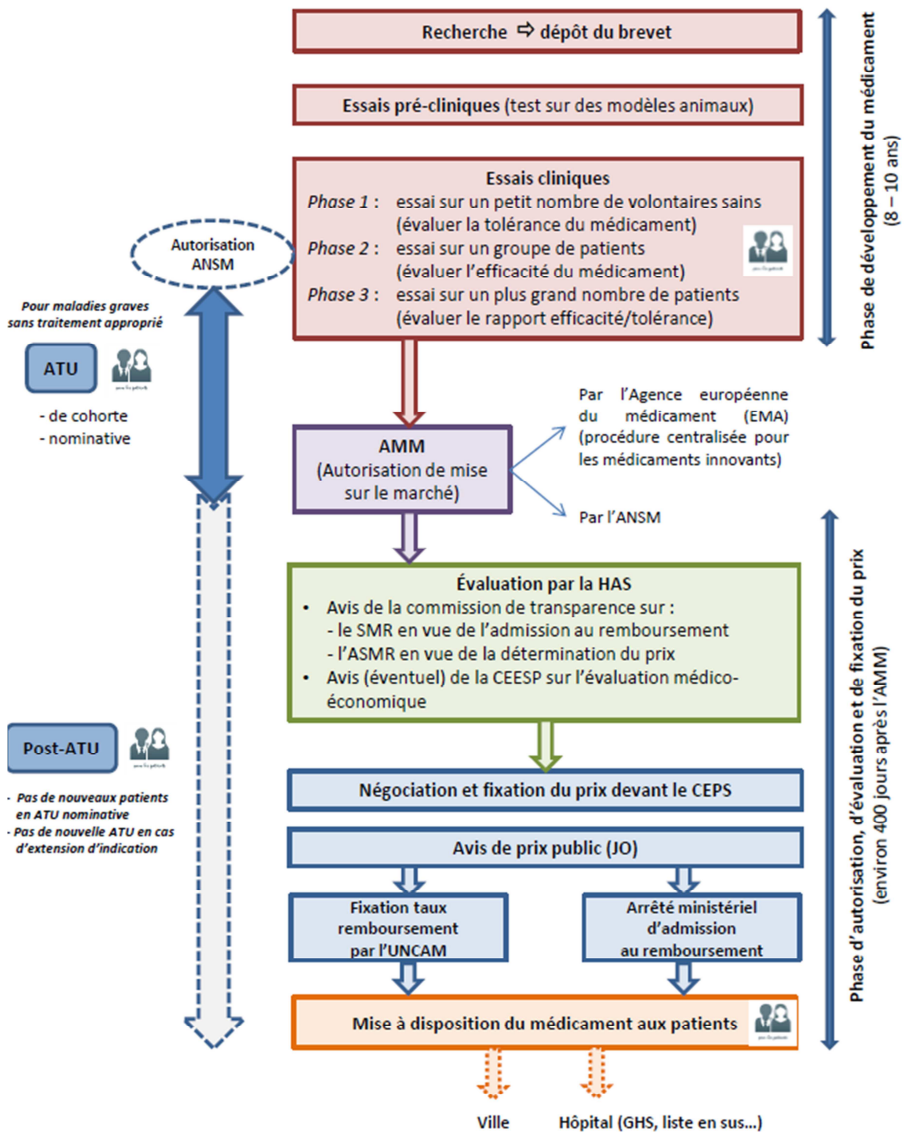
dispositif doit s'adapter. Parallèlement à cette nécessaire adaptabilité, la hausse inédite du coût de certaines innovations thérapeutiques, notamment des anti-cancéreux, pose également la question de la soutenabilité de ce système pour la collectivité.

C'est dans ce contexte que le 8<sup>ème</sup> Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) qui s'est tenu en juillet 2018 a fait de l'accès plus rapide à l'innovation pour les patients une priorité absolue. Le présent article concrétise cet engagement, en adaptant le dispositif des ATU, notamment pour permettre un accès précoce à certains médicaments pour des extensions d'indications thérapeutiques spécifiques, alors que le dispositif est pour le moment réservé aux premières indications thérapeutiques demandant leur prise en charge (A).

Il crée également une procédure d'accès précoce au marché pour les dispositifs médicaux les plus innovants (B).

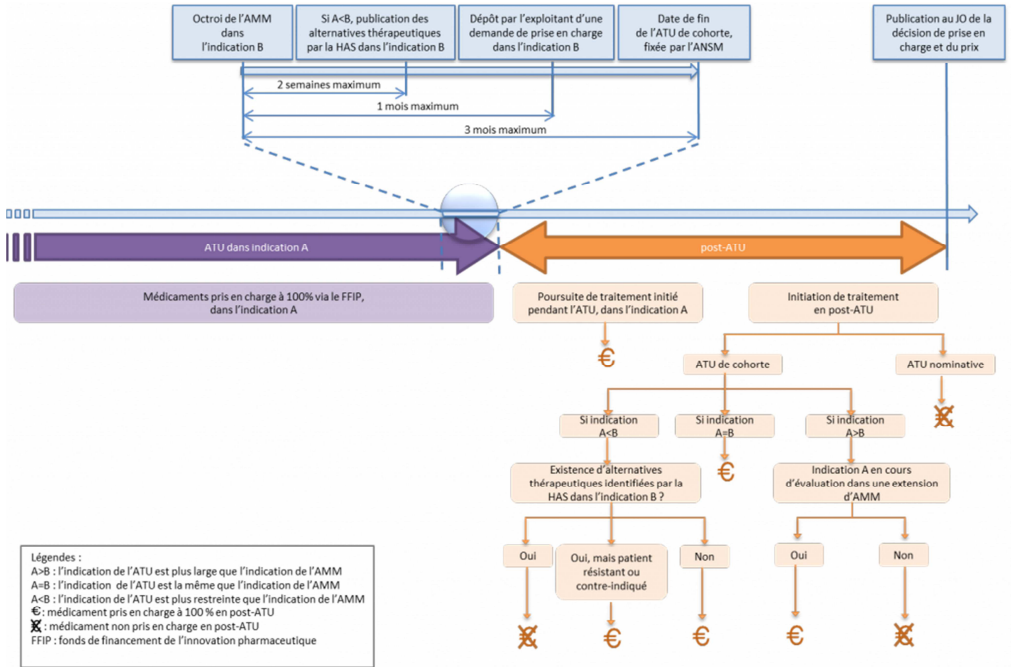
Compte-tenu de la longueur des développements du présent article, les schémas ci-dessous résument le droit en vigueur et le droit proposé.

### Le parcours d'accès au marché et aux patients du médicament



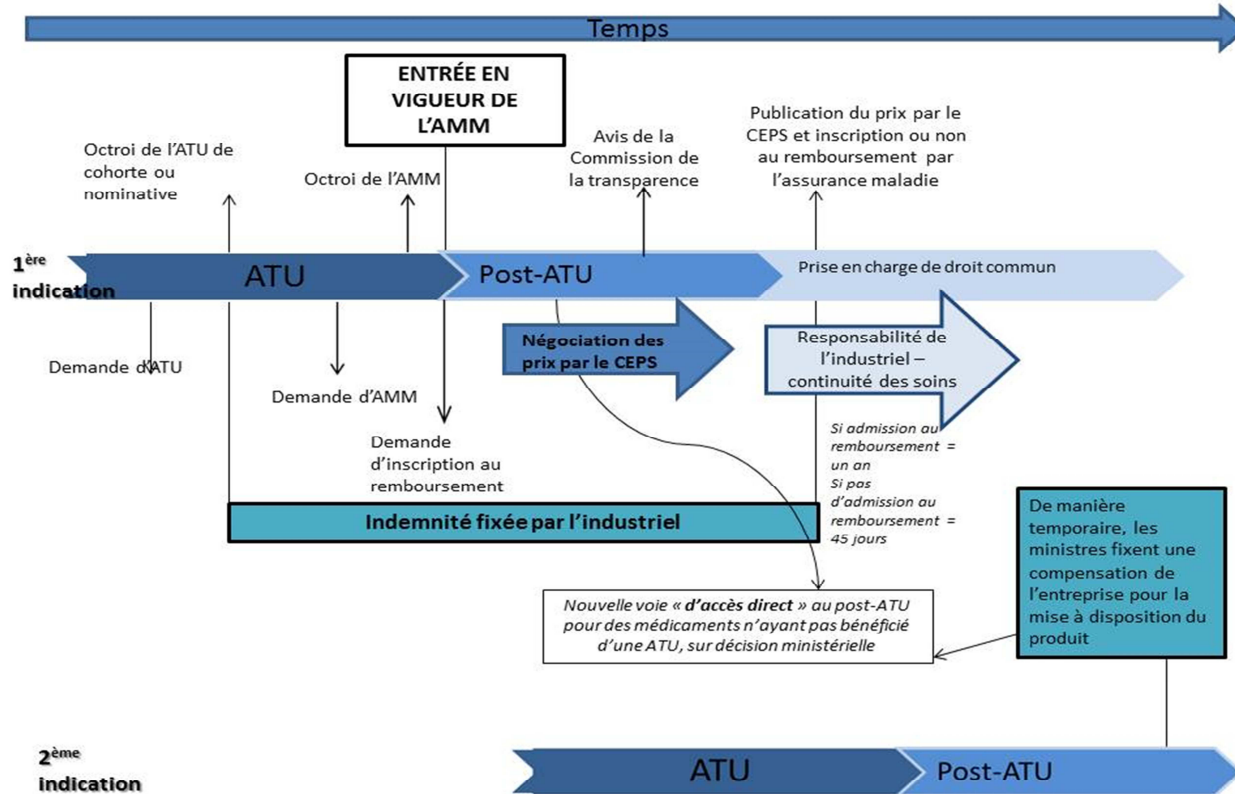
Source : Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce, Rapport d'information n° 569 (2017-2018) de M. Yves Daudigny, Mmes Catherine Deroche et Véronique Guillotin, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociale du Sénat, 13 juin 2018.

## MODALITÉS ACTUELLES DE PRISE EN CHARGE DES MÉDICAMENTS EN POST-ATU



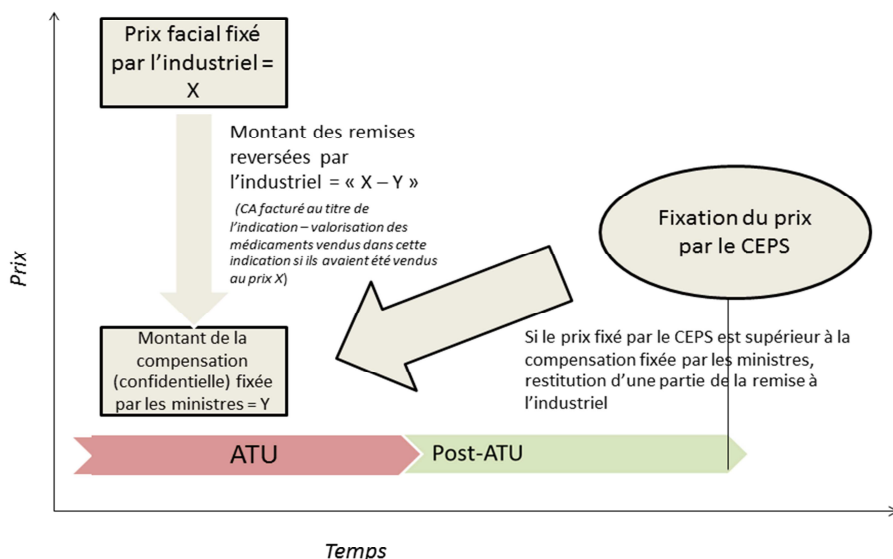
Source : Ministère de la santé et des solidarités.

### MÉCANISME D'ATU TEL QUE MODIFIÉ PAR L'ARTICLE



Source : commission des affaires sociales, Assemblée nationale.

**NOUVEAU MÉCANISME DE FIXATION DE LA PRISE EN CHARGE POUR LES EXTENSIONS D'INDICATIONS POST-AMM, LES « ACCÈS DIRECT » EN POST-ATU ET LES « ATU-DISPOSITIFS MÉDICAUX »**



Source : commission des affaires sociales, Assemblée nationale.

**A. ADAPTER LE DISPOSITIF D'ACCÈS PRÉCOCE POUR LES MÉDICAMENTS INNOVANTS AUX DÉFIS D'AUJOURD'HUI**

**1. Le circuit du médicament innovant**

*a. La procédure de droit commun d'accès au marché des médicaments*

Pour comprendre la spécificité du dispositif d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU), un retour sur la procédure de droit commun d'accès au marché des médicaments est nécessaire.

- Après avoir réalisé les essais cliniques nécessaires, si ceux-ci sont concluants, l'industriel doit solliciter une **autorisation de mise sur le marché (AMM)**.

Cette autorisation est délivrée par l'Agence européenne du médicament (EMA) ou par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de

santé (ANSM) selon le médicament. Pour les médicaments présumés innovants, la procédure est centralisée au niveau européen. L'AMM est accordée après une évaluation scientifique de l'efficacité, de la sécurité et de la qualité du médicament, et si celui-ci présente un rapport bénéfice/risque au moins équivalent à celui des produits déjà commercialisés.

- Après avoir obtenu une AMM, l'industriel peut fixer librement le prix de son médicament. En revanche, pour qu'il soit remboursable, il doit déposer une demande à la **Haute Autorité de Santé (HAS)**.

La HAS détermine alors :

- si le produit doit être remboursé et le cas échéant à quel taux, en fonction de son intérêt clinique : c'est l'évaluation du « service médical rendu » ;

- si le produit apporte un progrès thérapeutique par rapport aux traitements qui existent déjà. Cette évaluation de « l'amélioration du service médical rendu » sert ensuite de base pour la détermination du prix du médicament par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

- Sur la base de cette évaluation, une négociation s'engage entre les industriels concernés et le **Comité économique des produits de santé**, qui est un organisme interministériel. Cette négociation doit ensuite aboutir à la **fixation d'un prix facial** publié au Journal Officiel, mais aussi de remises conventionnelles dont le montant est protégé par le secret des affaires.

- Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fixe ensuite le taux de remboursement du médicament en fonction de l'amélioration du service médical rendu déterminé par la HAS, et un arrêté ministériel marque l'admission au remboursement du médicament.

#### ***b. Un accès dérogatoire pour les médicaments les plus innovants : les autorisations temporaires d'utilisation (ATU)***

Créé en 1994 dans le cadre de la lutte contre le sida, le dispositif d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) a permis à la France d'être précurseur dans l'accès précoce aux médicaments innovants.

L'article L. 5121-12 du code de la santé publique précise que cette voie d'accès précoce ne peut être utilisée qu'à titre exceptionnel, et seulement si :

- le médicament est destiné au traitement de maladies graves ou rares ;
- aucun autre traitement approprié n'est disponible ;
- elle concerne des patients dont le traitement ne peut pas être différé.



Deux catégories d'ATU doivent être distinguées :

– les **ATU de cohorte**, délivrées à la demande des industriels, qui doivent parallèlement avoir déposé une demande d'AMM ou s'engager à le faire dans un délai maximal d'un an ;

– les **ATU nominatives**, délivrées pour un patient nommé désigné et ne pouvant participer à une recherche biomédicale – en général des patients atteints de maladies rares. L'ATU est alors délivrée sous la responsabilité du médecin prescripteur qui en a fait la demande, si le médicament est susceptible de présenter un bénéfice pour le patient.

Les médicaments sous ATU ne sont pas disponibles en ville, mais uniquement à l'hôpital pour les patients hospitalisés ou dans les pharmacies hospitalières.

● Une fois autorisée par l'ANSM, tout médicament faisant l'objet d'une ATU est pris en charge par l'assurance maladie, sur la base d'un **prix fixé librement par les laboratoires (article 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale)**, à titre d'indemnité.

Depuis 2017, le laboratoire peut toutefois être soumis à un remboursement rétroactif à l'assurance maladie :

– si le montant moyen pris en charge par patient au titre d'une ATU est supérieur à 10 000 euros, pour tout produit dont le chiffre d'affaires excède 30 millions d'euros par an ;

– si le prix ou le tarif de remboursement ultérieurement fixé par le CEPS au titre de l'AMM est inférieur au montant de l'indemnité demandé par l'industriel.

● Enfin, entre l'obtention de l'AMM et la fixation du prix d'un médicament précédemment sous ATU, le médicament peut continuer à être délivré aux patients et pris en charge par l'assurance maladie grâce à un régime transitoire de « **post-ATU** » mis en place en 2011.

En effet, l'allongement des délais entre la délivrance de l'AMM et la fixation du prix du médicament fragilisait la continuité de la prise en charge des patients bénéficiaires de médicaments sous ATU. Le régime « post-ATU » décrit à l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale permet désormais à tout médicament qui, préalablement à l'obtention d'une AMM, était bénéficiaire d'une ATU, d'être pris en charge par l'assurance maladie sur la base de l'indemnité librement fixée par les laboratoires pharmaceutiques.

Si les médicaments sous ATU sont systématiquement pris en charge par l'assurance maladie, ce n'est pas le cas des médicaments en post-ATU :

– un principe de continuité de la prise en charge est retenu quand le patient a initié son traitement sous le régime de l'ATU. Le médicament continue à être remboursé, sauf si l'indication considérée n'a pas été retenue dans l'AMM ou si une alternative thérapeutique a pu être trouvée ;

– en revanche, si le traitement est initié pendant la période de post-ATU, le médicament ne peut être pris en charge par l'assurance maladie que s'il s'agit d'une ATU de cohorte et à condition que l'indication soit mentionnée dans l'AMM ou dans une extension d'AMM en cours de validation.

## 2. Un dispositif essentiel qui doit s'adapter à de nouveaux défis

### a. Ouvrir les ATU aux extensions d'indications

Les ATU ne sont actuellement délivrées qu'en amont de la première AMM.

Au cours de la période entre la délivrance de l'ATU et la délivrance de l'AMM, le directeur de l'ANSM peut modifier le champ de l'ATU pour l'élargir à une nouvelle indication. En revanche, **après la délivrance de l'AMM, le périmètre de l'ATU se fige au médicament employé dans la ou les indications ayant fait ou faisant l'objet de l'AMM.** Jusqu'à la sortie du régime dérogatoire, les premières indications validées au stade de la demande d'AMM sont donc les seules autorisées. Une fois le médicament sorti du régime dérogatoire, une extension d'indication nécessite de repasser par l'ensemble du circuit du médicament, de l'autorisation par l'ANSM à la fixation du prix par le CEPS.

Or, ce système de délivrance d'ATU par médicament et non pas par indication correspond de moins en moins à la réalité des innovations thérapeutiques. C'est notamment le cas pour les immunothérapies, pour lesquelles l'accès au marché se fait de plus en plus souvent par phases successives, indication par indication.

En effet, comme le souligne le récent rapport du Sénat « Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce », <sup>(1)</sup> le nouveau mode d'action des anticancéreux est radicalement différent des générations précédentes de médicaments, puisqu'ils « visent à renforcer le système immunitaire du patient en agissant sur des récepteurs présents dans différents organes, et non à cibler les cellules cancéreuses. (...) Ils peuvent donc être efficaces, de manière transversale, sur plusieurs types de cancer différents, là où les chimiothérapies visent

---

(1) *Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce*, Rapport d'information n° 569 (2017-2018) de M. Yves Daudigny, Mmes Catherine Deroche et Véronique Guillotin, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat, 13 juin 2018.

*généralement un organe en particulier. Ce mode d'action a notamment permis le développement d'indications parallèles ou successives pour les anticorps anti-PD1 et anti-PDL1. Les premières AMM pour ces produits, délivrées depuis 2011 aux États-Unis et depuis 2013 en Europe, ont ainsi successivement concerné le mélanome de stade IV, le cancer du poumon, les lymphomes de Hodgkin, les cancers de la vessie, du rein, de la tête et du cou ».*

L'impossibilité de modifier l'ATU d'un médicament après la délivrance de l'AMM implique donc une importante perte de chances pour de très nombreux patients, alors même que ces médicaments sont déjà disponibles dans certains hôpitaux.

L'exemple du *prembrolizumab* est à ce titre parlant : alors que les patients français ont pu accéder, treize mois avant l'AMM européenne, à cette molécule innovante pour le mélanome avancé, ce même médicament, pour le cancer des poumons, n'a pu être pris en charge qu'onze mois après l'extension d'AMM.

• Le présent article permet donc de remédier à cet impensé du dispositif d'ATU, conformément aux conclusions du dernier CSIS.

Le **II** modifie l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, qui définit les conditions nécessaires pour bénéficier des ATU. Cet article précise désormais que cette autorisation est délivrée pour certains médicaments « *dans des indications thérapeutiques précises* ».

Le **5° du I** introduit un nouvel article L. 162-16-5-1-1 dans le code de la sécurité sociale, afin de préciser les conditions de prise en charge des ATU par l'assurance maladie, et de les adapter à prise en charge en ATU pour une nouvelle indication délivrée après la première AMM. Ce nouvel article clarifie par la même occasion le droit existant en matière d'ATU, jusqu'alors éclaté dans diverses dispositions du même code.

Le I de ce nouvel article précise que les médicaments disposant pour des indications particulières d'une ATU sont pris en charge par l'assurance maladie dans certains établissements de santé pratiquant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ou disposant d'une pharmacie à usage intérieur.

Comme auparavant, les ATU nominatives ne pourront être prises en charge qu'avant la délivrance d'une première AMM, ou dans le cadre de la continuité de traitement, si le traitement a été initié pendant la période d'ATU. La prise en charge précoce d'une extension d'indication après obtention de l'AMM ne sera donc possible que pour les ATU de cohortes.

Enfin, en cas de prise en charge d'une nouvelle indication dans ce dispositif d'accès précoce, l'article prévoit qu'un arrêté pourra modifier les conditions de dispensation d'une spécialité déjà remboursable dans les conditions de droit commun.

Selon les indications transmises au rapporteur général, cette disposition vise notamment à permettre, si nécessaire, à des médicaments déjà dispensés en ville pour l'indication pour laquelle le médicament dispose déjà d'une AMM une dispensation uniquement par les pharmacies hospitalières suite à une extension d'indication en accès précoce, pour des raisons de sécurité sanitaire et de suivi des patients traités.

Le II de ce nouvel article L. 162-16-5-1-1 précise que les conditions d'application de ce nouvel article, et notamment les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des ATU, seront définies par décret en Conseil d'Etat.

Le **6° du I** modifie l'article L. 162-16-5-2 relatif à la prise en charge des médicaments pendant la période de post-ATU.

Le **a) du 6° du I** adapte les modalités de prise en charge par l'assurance des médicaments dans le régime post-ATU maladie à ces nouvelles autorisations « *par indication* ».

Le **premier alinéa** supprime la disposition qui empêchait la prise en charge d'une nouvelle indication en ATU après la délivrance de l'AMM, puisqu'il était pour le moment précisé qu'un médicament ne pouvait faire l'objet d'une prise en charge temporaire que « *préalablement à l'obtention de sa première autorisation de mise sur le marché* ».

Les **deuxième, troisième, quatrième alinéas** adaptent les conditions de prise en charge des médicaments en post-ATU au nouvel article L. 162-16-5-1-1 et notamment à cette possibilité de délivrer des ATU « *par indication* ».

Le **dernier alinéa** précise que désormais, la prise en charge par l'assurance maladie d'un médicament sous le régime du post-ATU sera donc possible pour l'indication ayant fait l'objet d'une ATU dès lors que l'indication est contenue dans l'AMM, pour les ATU de cohorte et les ATU nominatives si le patient avait commencé son traitement avant l'AMM.

#### ***b. Adapter la période de post-ATU***

- Le présent article créé une voie dérogatoire permettant l'accès direct à la période de post-ATU, pour des médicaments qui n'auraient pas bénéficié du système d'ATU.

Les AMM étant délivrées de plus en plus tôt, et du fait de la durée importante des négociations tarifaires menées par le CEPS avec les industriels, la phase d'ATU proprement dite tend à se réduire, et la phase de « post-ATU » devient de plus en plus importante. Il a par ailleurs pu arriver que l'ATU ne puisse pas être délivrée à temps, privant ainsi les patients d'une opportunité importante pendant toute la période allant de la délivrance de l'AMM à mise à disposition du médicament aux patients.

Le **b) du 6° du I** du présent article, qui modifie l'article L. 162-16-5-2, permet donc, sur décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, une prise en charge temporaire par l'assurance maladie, décidée par arrêté ministériel et après avis de la commission de la transparence de la HAS. Les conditions et les modalités de cette prise en charge seront définies par décret en Conseil d'État.

● Il convient toutefois d'éviter que les dispositifs d'ATU et de post-ATU ne deviennent des voies pérennes d'accès au marché du médicament, ce qui rendrait rapidement leur coût pour l'assurance maladie insoutenable.

Le **c) du 6° du I** encadre donc mieux ce dispositif post-ATU, notamment pour les médicaments ayant bénéficié d'un accès direct à ce dispositif afin de s'assurer que cette période transitoire ne dure pas trop longtemps, en imposant aux industriels :

– demandant une ATU pour une extension d'indication, de demander dans le mois qui suit à ce que cette indication soit admise au remboursement ;

– demandant « l'accès direct » au post-ATU, de demander concomitamment l'admission de cette spécialité au remboursement (**quatrième alinéa**).

Si l'industriel retire sa demande d'inscription, ou si cette inscription est refusée, la prise en charge dérogatoire s'interrompt automatiquement (**troisième alinéa**).

Le **dernier alinéa** précise que ces dispositions relatives à l'interruption de la période de post-ATU sont applicables aux ATU de cohorte comme aux ATU nominatives (nouveau D. de l'article L. 162-16-5-2).

Le **d)** précise qu'au cours de cette période de post-ATU, comme au cours de la période d'ATU, un arrêté pourra modifier les conditions de dispensation d'une spécialité déjà remboursable dans les conditions de droit commun.

Il supprime également les dispositions de l'article 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale. Cet alinéa visait à permettre la continuité du recueil d'information pendant la période de post-ATU lorsque l'ANSM avait demandé un recueil d'information en ATU. Selon les informations transmises au rapporteur général, cette disposition entraîne une difficulté d'interprétation, car les informations demandées comprenaient notamment des informations relatives aux posologies, qui pouvaient parfois différer des informations contenues dans l'AMM. L'article général sur le recueil des informations prévu par le présent article aura vocation à s'appliquer.

**c. La fixation du niveau de prise en charge pour les extensions d'ATU et les entrées directes en post-ATU**

Le **4° du I** modifie l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, relatif à la fixation du prix des médicaments sous ATU.

Pour mémoire, tout médicament faisant l'objet d'une ATU est entièrement pris en charge par l'assurance maladie dès l'octroi de l'ATU, sur la base d'un prix libre (« indemnité ») décidé et fixé par les laboratoires. Ce financement est assuré pendant toute la période de post-ATU.

Au moment de la sortie du dispositif dérogatoire, le laboratoire rembourse de manière rétroactive le différentiel entre l'indemnité ATU fixée librement par l'industriel et le prix du médicament *in fine* défini avec le CEPS après que le médicament a obtenu son AMM.

Dans le cadre d'une extension d'indication, l'objectif est ici de ne pas déstabiliser le cadre des négociations conventionnelles, tout en tenant compte de l'extension du marché dont bénéficiera l'industriel.

Le **a)** et le **b)** du **4°** permettent de coordonner l'article L. 162-16-5-1 relatif à la fixation du prix des médicaments sous ATU et post ATU avec le nouvel article L. 162-16-5-1-1.

● Pour les médicaments qui ne font pas encore l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale dans les conditions de droit commun, le principe de fixation d'un prix libre par l'industriel n'est pas remis en cause (**c**)).

Le **a)** du **4°** précise par ailleurs que l'industriel déclare le cas échéant au CEPS l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge de droit commun pour l'une de ses indications.

En revanche, lorsqu'un produit dispose déjà d'un prix négocié avec le CEPS, c'est ce prix négocié qui s'applique pour le calcul de la remise, et non une indemnité librement fixée par le laboratoire.

Cette rédaction ouvre également la possibilité pour l'industriel de mettre à disposition gratuitement son produit.

● En revanche, le **d)** précise les modalités de prise en charge de ces spécialités, en créant un nouveau V à l'article L. 162-16-5-1.

Lorsqu'un médicament disposant déjà d'une AMM se voit accorder une ATU, et qu'une prise en charge de cette spécialité par l'assurance maladie est autorisée, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixeront une « compensation » accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de cette nouvelle indication. Cette même compensation reste applicable pendant la période de post-ATU.

Une compensation sera également fixée pour la mise à disposition des médicaments accédant directement au post-ATU (*cf. supra*).

Cette compensation, dont le niveau restera confidentiel, correspond en réalité à la prise en charge par l'assurance maladie du médicament dans cette nouvelle indication.

Dans les cas précités, l'industriel devra reverser chaque année, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette nouvelle indication et le montant correspondant si les médicaments vendus pour cette nouvelle indication avaient été valorisés au prix (compensation) fixé par le ministre.

Le chiffre d'affaires correspondant à la vente de médicaments sous cette nouvelle indication n'est pas calculé à partir du nombre exact de produits vendus dans cette indication, mais sur la base du chiffre d'affaires total de l'entreprise pour la vente du médicament concerné, rapporté à la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication concernée. Ce chiffre d'affaires sera minoré des remises conventionnelles définies entre l'industriel et le CEPS.

Un décret en Conseil d'État devra fixer les conditions d'application de ces dispositions, et notamment les conditions de prise en charge.

Le **IV** du présent article précise que la part d'utilisation de la spécialité dans les indications concernées sera transitoirement calculée sur la base des estimations des populations cibles réalisées par le CEPS, jusqu'à l'entrée en vigueur du décret relatif aux conditions de transmission de l'indication mentionné à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale, qui doit intervenir au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2019.

En effet, cette disposition de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 <sup>(1)</sup> conditionne le remboursement à l'hôpital des spécialités sous ATU à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle le médicament a été prescrit. Elle doit donc permettre, une fois appliquée, de savoir exactement dans quelles indications les spécialités bénéficiant d'une ATU sont dispensées dans les établissements de santé, et ainsi de calculer précisément la part d'utilisation de la spécialité dans une indication.

Le **e**) du **4**<sup>o</sup> prévoit la possibilité, dans le cas précédemment évoqué, d'une restitution au laboratoire après fixation du prix définitif par le CEPS. Ainsi, si le prix fixé par le CEPS au titre de cette indication est finalement plus élevé que la compensation qui avait été fixée par le ministre, tout ou partie des remises qui avaient initialement versées par le laboratoire peuvent lui être restituées. En revanche, rien n'est prévu dans le cas où la compensation serait supérieure au prix finalement fixé par le CEPS.

---

(1) Article 97 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Le *f*) clarifie les règles de conditionnalité de la prise en charge par l'assurance maladie des indications sous ATU, valables à la fois pour les ATU de cohorte et nominatives.

***d. Une responsabilisation accrue des industriels bénéficiant d'un accès précoce***

Le 8° introduit un nouvel article L. 162-16-5-4 au sein du code de la sécurité sociale. Il impose des obligations nouvelles aux industriels dans la période qui suit la sortie du système dérogatoire (ATU ou post-ATU), afin d'éviter les abus et de garantir la continuité des traitements.

- Le laboratoire concerné devra en effet s'engager, si un médicament est pris en charge en ATU ou post-ATU, à assurer la continuité des traitements initiés.

Cette obligation courra pendant toute la durée de la prise en charge à ce titre puis un an après la sortie du dispositif dérogatoire (deuxième alinéa du nouvel article), ou quarante-cinq jours si l'indication concernée n'est pas admise au remboursement (troisième alinéa du nouvel article).

Elle ne s'appliquera évidemment pas si le médicament fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients (quatrième alinéa du nouvel article).

- Une disposition protectrice des établissements de santé au cours de cette période de « *post-post-ATU* » est également introduite (cinquième alinéa du nouvel article).

En effet, à l'hôpital, les prix des médicaments sont fixés librement entre les industriels et les hôpitaux, dans le cadre de la politique d'achat de l'établissement. En revanche, le remboursement par l'assurance maladie de ces médicaments à l'établissement, se fait, pour les médicaments non compris dans les tarifs d'hospitalisation, sur la base d'un « prix de cession » ou d'un « tarif de responsabilité » fixé par le CEPS.

Pendant la période d'ATU et de post-ATU, l'assurance maladie prend totalement en charge le prix du médicament payé par l'hôpital : le montant remboursé est le prix d'achat indiqué par l'établissement, toutes taxes comprises. Cette prise en charge s'interrompt lorsque ce médicament rentre dans le droit commun : il n'est plus pris en charge que sur la base du tarif de responsabilité calculé par le CEPS.

Le présent article prévoit donc que lorsque l'admission au remboursement du médicament anciennement sous ATU ou post-ATU ne concerne que les établissements de santé, le laboratoire doit garantir l'achat de son produit pour les continuités de traitement à un prix qui n'excède pas – le cas échéant après application de remises à l'hôpital – le prix de référence fixé par le CEPS lors de la sortie du dispositif transitoire.



- Ces deux dispositions permettent d'éviter toute situation dans laquelle l'industriel, mécontent du prix proposé par le CEPS, mettrait dans la balance la possibilité de retirer le médicament du marché ou de le facturer à un prix insoutenable aux établissements de santé.

- En cas de manquement à ces engagements, le CEPS peut infliger une pénalité à l'industriel, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Le montant de cette pénalité est plafonné à 30 % du chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France par l'entreprise pour la spécialité concernée durant les deux ans ayant précédé la constatation de ce manquement (II du nouvel article).

*e. Simplifier le mode de calcul de la remise versée dans le cadre de la régulation financière des ATU*

Une fois le prix fixé par le CEPS, au moment de la sortie de l'ATU ou du post-ATU, le laboratoire rembourse de manière rétroactive le différentiel entre l'indemnité ATU fixée librement par l'industriel et le prix du médicament *in fine* défini par le CEPS après que le médicament a obtenu son AMM.

Depuis la LFSS pour 2017, le montant de ce remboursement rétroactif est désormais calculé non plus par rapport au tarif de remboursement, c'est-à-dire au prix facial du médicament, mais par rapport à son prix net de référence, c'est-à-dire net des remises conventionnellement consenties par le laboratoire.

Aux termes de l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises conventionnelles qui pourraient être dues sur les trois années à venir.

Or, selon le rapport du Sénat précité, « *ce mode de calcul est dénoncé comme remettant en cause la lisibilité et la prévisibilité du mécanisme de sortie des ATU, dans la mesure où le prix net qui sert de base à la détermination de la remise est calculé sur la base de volumes prévisionnels de vente. Les laboratoires estiment que cela revient à mettre en place un mécanisme de remise sur un chiffre d'affaires potentiel, qui est par nature incertain et soumis à de nombreux aléas - comme par exemple l'arrivée sur le marché d'un nouveau traitement concurrent. Les industriels soulignent par ailleurs que le montant de la remise ainsi calculée est très difficile à absorber par les petits laboratoires de biotechnologies, qui constituent aujourd'hui des acteurs importants de l'innovation médicamenteuse, et d'autant plus lorsqu'ils sont monoproduit* ».

Le **e) du 14° du I** modifie donc l'article L. 162-18 qui détaille le calcul de ces remises, en ramenant les projections de volumes de vente de trois ans à un an.

## **B. CRÉER UN MÉCANISME DE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE POUR LES DISPOSITIFS MÉDICAUX**

Le présent article crée un nouveau mécanisme d'accès précoce pour les dispositifs médicaux.

Il concrétise l'une des annonces du CSIS de juillet dernier : la création d'« *une procédure de prise en charge anticipée de certains dispositifs médicaux, avant le résultat des négociations tarifaires en vue de la prise en charge sur de droit commun, viendra compléter le forfait innovation. Cet accès rapide serait réservé aux dispositifs médicaux innovants, indiqués dans une maladie pour laquelle il n'y a pas d'alternatives thérapeutiques, et pour lesquels l'efficacité et la sécurité sont établies* ».

Il s'agit ici uniquement d'un accès précoce à la prise en charge par l'assurance maladie, et non pas au marché, car, comme le rappelle l'étude d'impact, « *contrairement aux médicaments, les dispositifs médicaux peuvent être achetés par les établissements de santé sans qu'il soit nécessaire de l'autoriser a priori ; en outre, le processus d'autorisation sanitaire pour un dispositif médical est moins normé que celui de l'AMM pour le médicament* ».

Le 16° crée un nouvel article L. 165-1-4 au sein du code de la sécurité sociale.

Le I de ce nouvel article prévoit un mécanisme de prise en charge précoce pour les dispositifs médicaux.

Ce dispositif doit être très clairement distingué du forfait innovation dont peuvent aujourd'hui bénéficier certains dispositifs médicaux innovants.

### **Le forfait innovation**

Aux termes de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale, les dispositifs médicaux ou actes innovants utilisés ou réalisés dans le cadre du seul secteur hospitalier, pour lesquels la HAS a considéré que le service attendu est insuffisant, peuvent faire l'objet d'une prise en charge dérogatoire et précoce. Les données disponibles doivent toutefois démontrer un intérêt potentiel de la technologie innovante, la réalisation d'études cliniques et éventuellement médico-économique permettant de fournir les données manquantes.

Le caractère innovant du produit ou de la prestation est notamment apprécié par son degré de nouveauté, son niveau de diffusion et de caractérisation des risques pour le patient et sa capacité potentielle à répondre significativement à un besoin médical pertinent ou à réduire significativement les dépenses de santé.

Un forfait de prise en charge dérogatoire est alors fixé par les ministres concernés à la demande de la HAS. Cette prise en charge est conditionnée à la réalisation d'une étude visant à fournir des données manquantes.

Les études cliniques et éventuellement médico-économiques réalisées dans le cadre du forfait innovation doivent permettre de répondre aux incertitudes soulevées par l'évaluation par la HAS.

L'originalité de ce dispositif réside donc dans le fait qu'il est à la fois un mécanisme de financement précoce d'une technologie de santé et un mécanisme de financement de la recherche.

Cinq technologies bénéficient ou ont bénéficié du forfait innovation depuis sa création en 2009 <sup>(1)</sup>.

Alors que le forfait innovation intervient lorsque le dispositif médical est encore en phase de développement, le dispositif d'accès précoce prévu par le présent article se situe beaucoup plus tardivement dans la vie de ce dispositif, lorsque le produit dispose déjà de toutes les évaluations cliniques nécessaires.

La demande d'accès précoce pourra intervenir après le dépôt d'une demande de prise en charge dans une indication particulière par l'assurance maladie auprès des ministres et de la HAS, pendant que cette demande de prise en charge est en cours d'instruction.

La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS), commission spécialisée de la HAS, devra rendre un avis relatif à la prise en charge de ce dispositif et de la prestation associée. Si l'intention du Gouvernement apparaît claire dans cette disposition, la référence à la CNEDiMTS n'apparaît en revanche pas très clairement dans le dispositif.

Les conditions et modalités de cette prise en charge seront définies par un décret en Conseil d'État, qui fixera également celles dans lesquelles il sera possible de mettre fin à cette prise en charge.

Selon l'étude d'impact, et conformément aux annonces du CSIS, il devra être prouvé que ce dispositif est innovant, indiqué dans une maladie grave pour laquelle il n'y a pas d'alternative thérapeutique, et que l'efficacité et la sécurité de ce dispositif sont établies au vu des études cliniques fournies.

---

(1) Ces cinq dispositifs médicaux sont :

- le traitement par destruction par ultrasons focalisés de haute intensité par voie rectale d'un adénocarcinome localisé de la prostate ;
- le système de prothèse épirétinienne ARGUS II pour la prise en charge des patients souffrant de rétinopathies pigmentaires à un stade avancé ;
- le traitement des fibroadénomes du sein par application robotisée des ultrasons focalisés de haute avec guidage par échographie ;
- le diagnostic du syndrome de déficit en transporteur de glucose par le test METAgut1 ;
- l'implant sous-rétinien RETINA IMPLANT ALPHA AMS pour la prise en charge de patients souffrant de dégénérescence rétinienne périphérique sévère à profonde.

Seuls certains établissements de santé pourront distribuer ce produit ou cette prestation et être remboursés.

Cette prise en charge en charge précoce pourra conduire le ministre concerné à modifier les conditions de délivrance des produits concernés lorsque ceux-ci sont déjà pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre d'une autre indication, par exemple en imposant que ce dispositif médical ne soit plus délivré en ville mais uniquement à l'hôpital.

Le II de ce nouvel article détaille les modalités de prise en charge de ces dispositifs médicaux par l'assurance maladie, qui seront les mêmes que le nouveau mécanisme mis en place pour les extensions d'indications en ATU ou les entrées directes en post-ATU (*cf. supra*). Ainsi, l'industriel devra reverser à l'assurance maladie la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix de la « compensation » confidentielle fixée par les ministres.

Le III introduit un mécanisme de restitution de la sécurité sociale vers l'industriel qui est le pendant de ce qui est institué pour les ATU. Ce mécanisme permettra à la sécurité sociale de restituer une partie des remises perçues dans le cas où le prix fixé par le CEPS pour ce dispositif s'avère supérieur à la compensation fixée par les ministres. Cette restitution sera calculée à partir de la valorisation des unités vendues dans le cadre du mécanisme d'accès précoce au tarif de référence, dont on déduira la remise spécifique restituée par l'industriel pendant cette même période. Le montant de cette restitution ne pourra excéder le montant de la remise déjà versée au titre de cette indication

Le IV précise que les nouvelles dispositions relatives à l'obligation de continuité de traitement applicable aux industriels lors de la sortie du système d'ATU, prévues au nouvel article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale (*cf. supra*) s'appliquent également aux dispositifs médicaux lors de leur sortie du mécanisme dérogatoire.

• Le **a) du 17°** <sup>(1)</sup> du présent article précise les conditions de fixation du prix des dispositifs médicaux pour lesquels une prise en charge précoce a été autorisée. Il modifie pour cela l'article L. 165-4 du code de la sécurité sociale, en s'inspirant directement des dispositions déjà prévues à l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale pour le médicament.

Les conventions conclues par les fabricants de dispositifs médicaux avec le CEPS pour des produits et prestations bénéficiant d'un accès précoce pour l'une de leurs indications n'incluront que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention, et pas celles vendues pendant la période dérogatoire. Elles incluront des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour l'année suivante (**deuxième alinéa**).

---

(1) Le b) du 17° opère une simple modification de numérotation.

Le prix net de référence servant de base au calcul de la remise rétroactive due au titre de l'accès précoce sera calculé en défalquant les remises conventionnelles qui pourraient être dues au titre de l'année suivante du tarif de responsabilité servant de base au remboursement du produit ou de la prestation (**troisième alinéa**).

L'entreprise et le CEPS pourront également choisir de fixer le prix net de référence en dessous de ce niveau (**quatrième alinéa**).

En l'absence de remises conventionnelles, le tarif de responsabilité servira de prix net de référence (**cinquième alinéa**).

## **II. ASSURER LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME ET LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE**

### **A. UN NOUVEL OUTIL POUR LE CEPS : LE CAS DU PRIX DES PRODUITS UTILISÉS EN ASSOCIATION**

Les médicaments utilisés par association sont des médicaments fonctionnant « ensemble ». À titre d'exemple, la trithérapie, qui désigne l'association de trois molécules contre le VIH, est un exemple de médicaments utilisés en association, mais de plus en plus de traitements contre le cancer prennent aujourd'hui la forme d'association de produits.

Selon l'étude d'impact, les négociations tarifaires pour ces médicaments posent aujourd'hui des difficultés, notamment lorsque plusieurs laboratoires sont impliqués dans la négociation.

Or, selon le CEPS, lors de son audition par le rapporteur général, alors que ces médicaments étaient pour le moment fabriqués par un seul laboratoire, il arrive de plus en plus souvent qu'ils soient produits par des laboratoires différents, avec des niveaux d'ASMR très variables. Comment, dès lors, fixer un prix net équitable entre les différents industriels, tout en reflétant l'intérêt thérapeutique de ces produits utilisés en association ? Les règles de la libre concurrence complexifient par ailleurs la fixation de ces prix.

Le **b) du 14°** permet au CEPS de fixer par décision unilatérale des remises pour les médicaments utilisés en association, en modifiant l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale (**dernier alinéa**).

Le **deuxième alinéa** définit les médicaments utilisés en association comme des spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments.

Ces remises pourront concerner une spécialité, ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Ces remises seront notamment liées à l'ancienneté de l'inscription du

médicament au remboursement, au prix net du médicament, au prix d'achat constaté du médicament, à son coût net, aux montants remboursés pour le médicament et ceux à même visée thérapeutique, ou à l'existence de prix ou de tarifs inférieurs dans d'autres pays européens (critères définis à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale).<sup>(1)</sup>

Les *a), c), d), f), g)* emportent des modifications de numérotation.

## **B. S'ASSURER DE LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE**

### **1. Collecte des données de vie réelle**

#### *a. Les données de vie réelle des produits de santé, quelle utilité ?*

Dans leur rapport de mai 2017 « *Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé* », Bernard Bégaud, Dominique Polton et Franck von Lennep définissent les « données de vie réelle » ou « données de vraie vie » comme « *des données qui sont sans intervention sur les modalités usuelles de prise en charge des malades et ne sont pas collectées dans un cadre expérimental (...) mais qui sont générées à l'occasion des soins réalisés en routine pour un patient, et qui reflètent donc a priori la pratique courante* ».

Le même rapport met en exergue l'utilité de réaliser des études en vie réelle, complémentaires des essais cliniques.

En effet, ces études en vie réelle permettent d'observer dans quelle mesure les conditions des essais – par exemple le dosage, les conditions de prescription ou l'observance – sont vérifiées dans la vraie vie. Elles peuvent porter sur une population numériquement plus importante mais aussi légèrement différente, les patients les plus à risque d'effets indésirables et les plus fragiles n'étant souvent pas inclus dans les essais cliniques. Enfin, elles permettent d'observer des effets indésirables à beaucoup plus long terme que les essais cliniques.

Les auteurs de ce rapport distinguent de nombreuses possibilités ouvertes par ces données de vie réelle :

– la surveillance de la sécurité des produits de santé mis sur le marché et de leurs effets indésirables ;

– la surveillance de leur bon usage ;

---

(1) Amélioration du service médical rendu, résultats de l'évaluation médico-économique, prix des médicaments à même visée thérapeutique, volumes de vente prévus ou constatés, conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, ancienneté de l'inscription du médicament au remboursement, prix net du médicament, prix d'achat constaté du médicament, coût net, montants remboursés pour le médicament et ceux à même visée thérapeutique, existence de prix ou de tarifs inférieurs dans d'autres pays européens.

– la prise en charge financière sous conditions d'utilisation et la vérification du respect de ces conditions ;

– l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience en vie réelle du médicament ;

– la mise en œuvre de paiements différenciés en fonction des résultats constatés en vie réelle ;

– la comparaison de pratiques pour améliorer la qualité des soins ;

– la production de connaissances nouvelles.

Or, ce même rapport note que, *« du point de vue du suivi en vie réelle des traitements médicamenteux et de l'utilisation de ces données dans la régulation, notamment pour les molécules innovantes, la France semble rester en dehors d'un mouvement que l'on voit se développer dans un nombre croissant de pays, dans lesquels la prise en charge de certaines molécules s'accompagne, de manière obligatoire, d'une collecte et d'une transmission d'informations par les prescripteurs »*.

À l'heure actuelle, seule la prise en charge des médicaments utilisés en ATU est conditionnée à un suivi en vie réel <sup>(1)</sup>.

#### ***b. Le dispositif proposé***

Le 10° du présent article créé un nouvel article L. 162-17-1-2 au sein du code de la sécurité sociale.

Ce nouvel article prévoit que le remboursement par l'assurance maladie des médicaments, dispositifs médicaux et prestations associées peut être conditionné, par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit est prescrit et aux résultats et effets de ces traitements (**deuxième alinéa**).

Ces informations peuvent notamment être transmises aux systèmes d'information des établissements de santé et au système national d'information interrégimes (SNIIRAM). Elles pourront également être transmises au service du contrôle médical dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État (**troisième alinéa**).

Le non-respect de ces obligations pourra donner lieu au recouvrement de l'indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie (**dernier alinéa**) <sup>(1)</sup>.

---

(1) L'article L. 5121-12 du code de la santé publique conditionne la prise en charge au recueil d'informations concernant l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population traitée.

## 2. Conditionnalité de la prise en charge

Le 9° rend possible le conditionnement de l'inscription au remboursement d'un médicament à des conditions de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durée de prise en charge, en modifiant l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Par exemple, un médicament pourrait ainsi uniquement être remboursé pendant un délai de six mois, ou s'il est prescrit par un médecin oncologue.

Le 2° procède aux coordinations nécessaires à l'application de cette disposition, en modifiant l'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale : les médecins seront tenus de signaler sur l'ordonnance le caractère non remboursable des spécialités (a), produits et prestations qu'ils prescrivent en dehors de ces conditions (b).

## 3. Modalités de fixation des règles de prise en charge de l'homéopathie

Le 12° du I crée un nouvel article L. 162-17-2-2 de la sécurité sociale relatif aux règles de prise en charge des médicaments homéopathiques faisant l'objet d'un enregistrement et non pas d'une AMM.

Pour mémoire, le taux de remboursement de ces médicaments homéopathiques, défini dans le cadre de la procédure de droit commun, est aujourd'hui de 30 %.

Le présent article précise que les règles de prise en charge des médicaments homéopathiques non titulaires d'une AMM, ou de tout ou partie d'entre eux, sont définies par décret en Conseil d'État (**premier alinéa du nouvel article L. 162-17-2-2**).

Ce décret précisera notamment la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation par la commission de la transparence de la HAS, ainsi que les conditions dans lesquelles ces médicaments peuvent être pris en charge ou non par l'assurance maladie (**deuxième alinéa du nouvel article L. 162-17-2-2**).

### **La dispense d'AMM pour les médicaments homéopathiques**

Aux termes de l'article L. 5121-13 du code de la santé publique, les médicaments homéopathiques sont dispensés d'AMM au profit d'un simple enregistrement, si :

- le médicament est administré par voie orale ou externe ;
- aucune indication thérapeutique particulière n'est inscrite sur l'étiquetage ou dans toute information relative au médicament ;
- le degré de dilution garantit l'innocuité du médicament.

Une telle modification est nécessaire afin de permettre à la HAS de mener à bien la mission qui lui a été confiée par la ministre de la Santé et des Solidarités

---

(1) Le recouvrement de cet indu s'effectuera selon les modalités habituelles de recouvrement de l'indu en cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation, définies à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.



au mois d'août, visant à évaluer le bien-fondé des conditions de prise en charge et du remboursement de ces médicaments homéopathiques. La commission de la transparence de la HAS pourra ainsi rendre un avis global sur l'efficacité de ces médicaments, et non pas médicament par médicament comme le prévoit la procédure de droit commun.

### III. AUTRES DISPOSITIONS

#### A. SIMPLIFICATION

Le 11° supprime l'avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aujourd'hui nécessaire pour autoriser la prise en charge d'un médicament dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU). Cet avis, uniquement formel, ralentit aujourd'hui le processus d'autorisation sans y ajouter une véritable plus-value.

#### **Les recommandations temporaires d'utilisation**

*« Une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) est établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et à son initiative, en vue d'encadrer et de sécuriser une pratique de prescription hors AMM qui a cours sur le territoire national et qui est susceptible d'exposer les patients à des risques.*

*Une RTU est établie par l'ANSM en l'absence de spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique bénéficiant d'une AMM ou d'une ATU dans l'indication considérée. La RTU repose sur l'évaluation par l'ANSM d'une présomption de rapport bénéfice/risque favorable. La RTU est accordée pour une durée de 3 ans renouvelable. (...)*

*Le coût du médicament peut être pris en charge par l'assurance maladie dans l'indication de la RTU, sous réserve que la HAS recommande cette prise en charge ou qu'elle rende un avis favorable à cette prise en charge aux ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale. La prise en charge fait l'objet, le cas échéant, d'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le médicament est alors pris en charge dans les mêmes conditions que les indications remboursables ou, si le médicament n'est pas remboursable, sur la base d'un forfait annuel par patient. »*

Source : Ministère des Solidarités et de la Santé.

Le 13° opère une coordination en mentionnant le tarif unifié fixé par décision pour les médicaments rétrocedés ou de la liste en sus (article L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale) à la liste des prix fixés par décision par le CEPS.

Il clarifie l'articulation entre deux éléments : les conventions signées entre le CEPS et les industriels, d'un côté, qui peuvent être revues selon certains critères mentionnés à l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, et, de l'autre côté, la possibilité pour le CEPS de réviser les prix ou les remises, selon d'autres critères, qui ne se recoupent pas totalement, mentionnés aux articles L. 162-16-4,

L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18 – modifié par le présent article – du même code.

## **B. COORDINATIONS**

Les **1°**, **3°**, **7°** et **15° du I** procèdent aux coordinations nécessitées par l'introduction de ces nouvelles dispositions :

– le **1°** modifie les dispositions de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale relatives à la récupération de l'indu. En plus des nouveaux articles créés par le présent article, il intègre également à cet article L. 133-4 les dispositions de L. 162-17-2-1 relatives au RTU, jusqu'alors omises ;

– le **3°** intègre les dispositions relatives aux médicaments sous ATU et post-ATU aux dispositions de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale relatives au prix de cession des médicaments rétrocédés ;

– de la même manière, le **15°** procède à la coordination nécessaire à l'article L. 162-22-7-3 relatif à la liste en sus ;

– le **7°** modifie l'article L. 162-16-5-3 relatives aux obligations concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités grâce à une ATU ou à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle une spécialité en ATU a été prescrite.

## **C. ENTRÉE EN VIGUEUR**

Le **III** précise que les dispositions du présent article entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2019.

Les dispositions du 10° (données de vie réelle) et du 12° (homéopathie) entreront en vigueur dès l'entrée en vigueur de la présente loi de financement.

\*

\* \*

### Article 43

## Favoriser le recours aux médicaments génériques et biosimilaires

### Adopté par la commission sans modification

L'article 43 vise à développer le recours aux médicaments génériques :

– en créant un « registre des groupes hybrides » au côté du répertoire des médicaments génériques. Un médicament « hybride » ne correspond pas exactement à la définition habituelle du générique : le médicament peut par exemple être présenté avec un dosage différent ou avec une voie d'administration différente, ou comporter des indications thérapeutiques plus larges ou plus restreintes, par exemple si le fabricant souhaite que son médicament soit commercialisé hors prescription médicale.

Afin de donner toutes les garanties de sécurité sanitaire nécessaires, le choix a été fait de ne pas les inclure dans le répertoire des groupes génériques mais dans un groupe à part, et de définir *a priori* les cas dans lesquels ils pourront être substitués à la spécialité de référence.

– en responsabilisant les prescripteurs : la mention « *non substituable* » ne devra plus être apposée de manière manuscrite. En revanche, cette mention devra désormais être justifiée. Les différents cas dans lesquels le refus du générique peut être justifié seront définis par arrêté, après avis de l'ANSM ;

– en responsabilisant les patients, qui refusent encore trop souvent sans raison valable les médicaments génériques : il prévoit que sauf si l'impossibilité de substitution est médicalement justifiée – et donc mentionnée sur l'ordonnance, le remboursement soit fondé sur le prix du médicament générique ou hybride. La base de remboursement à l'assuré sera désormais limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides correspondant.

– en responsabilisant le pharmacien, qui devra proposer un médicament dont le prix n'excède pas ce niveau de remboursement, et délivrer le conditionnement le plus économique pour l'assurance maladie.

Il prévoit la possibilité pour certains établissements de santé de bénéficier d'une dotation du fonds d'intervention régional (FIR) lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés tous les ans par établissement.

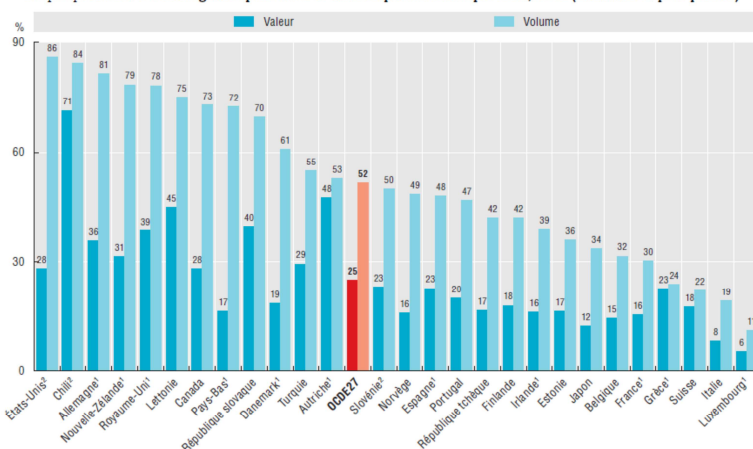
Grâce aux nombreuses mesures adoptées depuis la fin des années 1990, les médicaments génériques représentent une part croissante des médicaments remboursés : la part des médicaments génériques (en ville, hors rétrocession) au sein de la consommation en médicaments est passée de 22 % à 33 % en valeur et de 31 % à 46 % en volume) entre 2008 et 2014, en raison de l'entrée de nouveaux génériques sur le marché mais aussi de l'amélioration du taux de substitution des princeps par des génériques <sup>(1)</sup>.

Malgré cela, la France reste à la traîne en matière de consommation de génériques, comme le montre le graphique ci-dessous.

---

(1) Trésor-Eco, juin 2017, *Quelle politique pour poursuivre la diffusion des médicaments génériques ?*

Graphique 10.10. Part des génériques dans le marché pharmaceutique total, 2015 (ou année la plus proche)



1. Marché des médicaments remboursés.  
2. Marché des pharmacies de ville.  
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610043>

Selon l'étude d'impact, le taux de substitution au sein du répertoire des médicaments génériques est aujourd'hui de 80 %, contre 68 % en 2010. Il faut s'en réjouir, mais des efforts peuvent encore être faits, alors que l'augmentation de seulement un point de ce taux de substitution représente une économie théorique moyenne pour l'assurance maladie d'environ 17 millions d'euros.

## I. DÉVELOPPER LE RECOURS AUX MÉDICAMENTS HYBRIDES

### A. QU'EST-CE QU'UN MÉDICAMENT « HYBRIDE » ?

#### 1. Des dossiers d'AMM « hybrides »

Un médicament générique est défini comme un médicament dont la composition qualitative et quantitative en principes actifs et la forme pharmaceutique est la même que celle du médicament de référence, et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité (article L. 5121-1 du code de la santé publique).

Lors de la demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour un générique, les études précliniques et cliniques normalement exigées pour tous les médicaments ne sont pas demandées, car elles sont, par définition, analogues à celles réalisées pour l'obtention de l'AMM par le médicament de référence. En revanche, l'industriel doit démontrer la « bioéquivalence » du médicament, c'est-à-dire le fait que le médicament produit les mêmes taux de principe actif dans l'organisme que le médicament de référence.

Toutefois, certains médicaments génériques ne correspondent pas exactement à cette définition. Le médicament peut par exemple être présenté avec un dosage différent ou avec une voie d'administration différente, ou comporter des indications thérapeutiques plus larges ou plus restreintes, par exemple si le fabricant souhaite que son médicament soit commercialisé hors prescription médicale.

Si elle n'évoque pas explicitement des « médicaments hybrides », terminologie pourtant utilisée par l'Agence européenne du médicament dans la pratique, le paragraphe 3 de l'article 10 de la directive 2001/83/CE <sup>(1)</sup> prévoit une procédure spécifique « *lorsque la bioéquivalence ne peut pas être démontrée avec des études de biodisponibilité, ou parce qu'elle comporte des différences relatives à la substance active, aux indications thérapeutiques, au dosage ou à la voie d'administration par rapport au médicament de référence* ». Dans ce cas, et contrairement à la procédure normalement applicable pour les médicaments génériques, les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés doivent être fournis. En droit français, ces dispositions ont été transposées dans l'article R. 5121-28 du code de la santé publique. <sup>(2)</sup>

Dans la pratique, cela signifie que les dossiers de demande d'AMM pour des médicaments dits « hybrides » ne sont pas des dossiers complets : outre les données démontrant la qualité du médicament, ils doivent également comporter des données permettant de justifier les différences par rapport à la spécialité de référence (par exemple, en démontrant un rapport bénéfice/risque positif du nouveau dosage proposé ou dans la nouvelle indication revendiquée) ou des études de biodisponibilité spécifiques.

Pour l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), les dossiers « hybrides » correspondent principalement à deux cas de figure :

– le médicament présente un nouveau dosage non disponible au sein de la gamme de la spécialité de référence, une nouvelle forme pharmaceutique (en comprimé au lieu de buvable par exemple), une nouvelle voie d'administration ou des indications thérapeutiques qui diffèrent de la spécialité de référence. Ces médicaments peuvent ainsi apporter un bénéfice pour le patient, comme une nouvelle forme pharmaceutique plus adaptée pour certains patients ou un dosage permettant de diminuer le nombre de prises par jour ;

---

(1) Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

(2) Cet article prévoit que « lorsque la demande porte sur une spécialité qui ne répond pas à la définition de la spécialité générique parce qu'elle comporte, par rapport à une spécialité de référence qui est ou a été autorisée depuis au moins huit ans en France, des différences relatives à la substance active, aux indications thérapeutiques, au dosage, à la forme pharmaceutique ou à la voie d'administration, ou lorsque la bioéquivalence par rapport à cette spécialité de référence n'a pu être démontrée par des études de biodisponibilité et que la spécialité ne répond pas aux conditions prévues par l'article R. 5121-29-1, le dossier fourni à l'appui de la demande comporte, outre les données chimiques, pharmaceutiques et biologiques, les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés déterminés en fonction de ces différences ».

– les médicaments pour lesquels la bioéquivalence avec la spécialité de référence ne peut pas être obtenue avec des études de bioéquivalence « classiques » mais nécessitent des études de biodisponibilité spécifiques : c’est notamment le cas pour certaines formes pharmaceutiques comme les collyres, les solutions pour pulvérisation nasale ou les produits appliqués localement sur la peau. En effet, l’absorption très faible de la substance active dans la circulation sanguine pour ces produits ne permet pas de réaliser les études de bioéquivalence habituelles, et il faut donc démontrer l’équivalence thérapeutique de ces produits grâce à des données pharmaceutiques et cliniques.

Selon l’ANSM, en 2017, sur 1 027 dossiers de demandes d’AMM déposés auprès de l’agence, seuls 5 % étaient des dossiers hybrides <sup>(1)</sup>.

## **2. Des médicaments qui ne peuvent pas être substitués**

L’un des piliers de la politique du médicament générique en France est le « *répertoire des groupes génériques* » : lorsqu’il existe un générique disponible, la spécialité de référence est inscrite dans un « groupe générique », qui regroupe la spécialité de référence et les spécialités qui ont sont génériques.

Au sein de ce groupe, l’ensemble des médicaments sont jugés équivalents et peuvent donc être substitués entre eux. Or, ce répertoire se limite aux médicaments génériques *stricto sensu*, et ne comprend donc pas les médicaments « hybrides ». <sup>(2)</sup>

La pénétration de ces spécialités sur le marché est donc pour le moment faible, car ils sont souvent peu connus des prescripteurs et qu’ils ne peuvent pas être substitués par le pharmacien.

## **B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ**

Le I du présent article permet d’élargir le champ de la substitution par le pharmacien pour les médicaments hybrides.

### **1. L’introduction de la notion de « spécialité hybride » dans le code de la sécurité sociale**

Le 1° introduit à l’article L. 5121-1 du code de la santé publique la notion de « *spécialité hybride* » d’une spécialité de référence.

---

(1) Sur 54 dossiers, 24 portaient sur une forme pharmaceutique différentes, 14 sur un dosage différent, 12 sur une indication thérapeutique différente, 4 sur une voie d’administration différente.

(2) Il convient toutefois de noter que les médicaments hybrides qui se présentent sous une forme orale à libération modifiée différente de celle du médicament de référence (ex. comprimés au lieu de gélules) peuvent être inscrits au répertoire des groupes génériques s’ils ne présentent pas de propriétés radicalement différentes.

Reprenant les termes de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001, il définit une spécialité hybride comme une spécialité qui ne répond pas à la définition générique parce que :

– elle comporte par rapport à la spécialité de référence des différences relatives aux indications thérapeutiques, au dosage, à la forme pharmaceutique ou à la voie d'administration ;

– la bioéquivalence n'a pas pu être démontrée par des études de biodisponibilité.

Elle ne retient en revanche pas le critère de différences relatives à la substance active mentionnée dans la directive précitée et à l'article R. 5121-28 du code de la santé publique.

L'AMM doit dans ce cas reposer au moins pour partie sur les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés, déterminés en fonction de ces différences.

De la même manière qu'un « groupe générique » est défini comme le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont génériques, un « groupe hybride » est désormais défini comme le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides.

## **2. La portée pratique de cette nouvelle définition**

Le 2° introduit à l'article L. 5121-10 cette même notion de spécialité hybride.

Le **a)** aligne les règles relatives aux médicaments hybrides sur celles déjà existantes pour les médicaments génériques en ce qui concerne la possibilité d'obtenir une AMM avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle de la spécialité *princeps*, et la notification par l'ANSM d'une AMM délivrée au médicament hybride au laboratoire titulaire du médicament de référence (article L. 5121-10 du code de la santé publique).

Le **b)** créé un registre des groupes hybrides, pendant du répertoire des groupes génériques. Les modalités de mise en œuvre de ce registre doivent être précisées par voie réglementaire :

– les conditions d'élaboration de ce registre, et en particulier les modalités d'inscription et de radiation des spécialités dans les groupes hybrides correspondants par le directeur de l'ANSM sont fixées par décret en Conseil d'Etat ;

– la liste des classes de médicaments pouvant faire l'objet de groupes inscrits sur ce registre est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le 3° précise les conditions de délivrance de ces médicaments hybrides par le pharmacien.

Le *b*) prévoit que si la prescription est libellée en dénomination commune, le pharmacien pourra délivrer une spécialité appartenant à un groupe hybride.

Dans le cas où le prescripteur a prescrit un médicament *princeps*, le *c*) modifie l'article L. 5125-23 du code de la sécurité sociale afin d'étendre la possibilité pour le pharmacien de substituer un médicament du même groupe hybride à ce médicament princeps, à moins que le prescripteur n'ait expressément exclu cette possibilité. Il doit alors inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivré (*d*)).

Le deuxième alinéa du *c*) précise que les situations dans lesquelles la substitution par le pharmacien peut être réalisée au sein d'un groupe hybride seront déterminées par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'ANSM.

En effet, si les médicaments hybrides sont extrêmement proches des médicaments *princeps*, ils ne sont toutefois pas exactement similaires comme le sont les médicaments génériques. Afin de donner toutes les garanties de sécurité sanitaire nécessaires, le choix a ainsi été fait de ne pas les inclure dans le répertoire des groupes génériques mais dans un groupe à part, et de définir *a priori* les cas dans lesquels ils pourront être substitués à la spécialité de référence.

Le *a*) et *e*) du 3° opèrent des modifications de numérotation.

## II. RENFORCER LE RECOURS AUX MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

### A. MIEUX ENCADRER LE RECOURS À LA MENTION « *NON SUBSTITUABLE* »

Depuis 2012 et la généralisation du dispositif « tiers-payant contre génériques », prévu par l'article L.162-16-7 du code de la sécurité sociale, lorsque le patient refuse la substitution du médicament *princeps* par un médicament générique, il se voit contraint de faire l'avance des frais et de demander ensuite le remboursement du médicament à sa caisse d'assurance maladie. Ce mécanisme ne s'applique toutefois pas dans certains cas, notamment pour certains médicaments pour lesquels des recommandations sanitaires spécifiques existent, ou lorsque le médecin a précisé que le médicament était « *non substituable* ».

L'article L. 5125-23 du code de la santé publique prévoit que cette mention « *non substituable* » doit être expresse et portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.

Or, le dernier rapport « *Charges et produits* » de la CNAM souligne que « depuis l'entrée en vigueur du dispositif « tiers payant contre génériques »



en 2012, le taux d'apposition de la mention « non substituable » n'a cessé de progresser pour atteindre un taux moyen de 8,3 % en 2016 contre 1,8 % en 2013. Aucune raison médicale ne suffisant expliquer une telle augmentation, un lien peut probablement être fait entre cette progression de la mention « non substituable » et la nécessité d'en faire état sur la prescription pour bénéficier du tiers payant pour un médicament princeps ». Selon la CNAM, le coût de l'apposition de la mention « non substituable » peut être estimé à 104 millions d'euros par an.

Il convient donc de limiter le recours à cette mention aux seuls cas dans lesquels elle est médicalement justifiée.

Pour cela, le **c) du 3°** précise que le refus de la substitution doit être dûment justifié. Il prévoit qu'un arrêté, pris après avis de l'ANSM, définit les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée, notamment sur l'ordonnance, ainsi que les modalités de justification associées. Comme le souligne l'étude d'impact, il sera demandé à chaque médecin de justifier sur son ordonnance la raison de l'apposition de la mention « non substituable », en fonction des situations précisées par l'arrêté.

Le **a) du 2° du II** opère une coordination à l'article L. 162-16-7 nécessitée par cette nouvelle disposition.

L'obligation d'une mention manuscrite est en revanche supprimée : le médecin pourra donc recourir à un logiciel d'aide à la prescription pour l'inscription de cette mention et de sa justification.

Enfin, le **4° du I** supprime la limitation aujourd'hui faite à l'apposition de la mention « non substituable » pour les médicaments administrés par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, aujourd'hui possible seulement lors de l'initiation de traitement, en supprimant la référence à ces médicaments à l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique. L'étude d'impact précise que cette disposition se heurte à la difficulté pour le pharmacien d'identifier précisément l'initiation de traitement, et n'apparaît plus justifiée au regard de la connaissance et du recul dont on dispose sur le recours aux médicaments inhalés génériques.

Le rapporteur général s'interroge en revanche sur le maintien d'une mention « non substituable » uniquement manuscrite au sein de cet article L. 5125-23-2, qui semble incohérente avec sa suppression dans le cas général.

Par conséquent, le **5°** abroge l'article L. 5125-23-4 du code de la santé publique qui précisait les conditions de substitution de ces médicaments inhalés à l'aide d'un dispositif, et limitait cette substitution à l'initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament administré par voie inhalée.

## **B. RESPONSABILISER L'ASSURÉ EN CAS DE REFUS DU GÉNÉRIQUE**

Le **c) du 1° du II** modifie l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale afin de lutter contre le refus du médicament générique par les patients, qui subsiste malgré le dispositif « tiers payant contre générique ». Il prévoit que sauf si l'impossibilité de substitution est médicalement justifiée – et donc mentionnée sur l'ordonnance –, le remboursement est fondé sur le prix du médicament générique ou hybride.

Que l'ordonnance soit en dénomination commune (c'est-à-dire en désignant directement le nom de la substance active) ou non, s'il existe un médicament générique ou hybride correspondant à cette prescription, la base de remboursement à l'assuré sera désormais limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides correspondantes. La différence sera donc à la charge de l'assuré.

Le pharmacien devra donc proposer à l'assuré, si nécessaire par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe concerné.

Le pharmacien devra par ailleurs délivrer le conditionnement le plus économique pour l'assurance maladie au regard de la prescription.

Pour l'application de ces dispositions, seuls les médicaments remboursables sont pris en compte.

Ces dispositions ne seront bien sûres pas applicables lorsque la mention « *non substituable* », dûment justifiée en l'application des nouvelles dispositions de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, sera précisée sur l'ordonnance, ou que la substitution d'une spécialité hybride n'est pas permise par l'arrêté pris en application du même article.

Parallèlement, le **b) du 2° du II** supprime une disposition du mécanisme « tiers payant contre générique » qui permettait à l'accord national le déployant de faire une exception à ce mécanisme, dans les zones pour lesquelles le niveau de substitution était jugé satisfaisant par les partenaires conventionnels. Dans le cadre des évolutions proposées par le présent article, cette dérogation n'a plus de raison de perdurer.

Les **a) et b), d), e), f)** du 1° emportent des modifications rédactionnelles.

## **III. MOBILISER LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR DES PRESCRIPTIONS PLUS EFFICIENTES**

Le **3° du II** crée un nouvel article L. 162-22-7-4 au sein du code de la sécurité sociale.

Ce nouvel article prévoit que les établissements de santé pratiquant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) peuvent bénéficier d'une dotation du fonds d'intervention régional (FIR) lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés tous les ans par établissement.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dressera la liste des indicateurs relatifs à l'efficacité des prescriptions et précisera, pour chaque indicateur, les modalités de calcul du montant de la dotation par établissement.

Le III précise que les modalités de détermination de cette dotation peuvent se fonder sur l'analyse des prescriptions effectuées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Ce nouveau dispositif constitue une forme de « rémunération sur objectifs de santé publique » similaire à ce qui existe déjà pour les médecins libéraux. Il sera complémentaire des mesures qui existent déjà dans le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) signé entre l'établissement, l'Agence régionale de santé et l'assurance maladie, et dont le volet obligatoire est relatif au bon usage des médicaments, produits et prestations, et permettra notamment de mener une action nationale sur le sujet.

L'étude d'impact précise le sens de cette mesure, qui vise principalement la prescription de médicaments biosimilaires : *« comme pour les prescripteurs de ville, les établissements de santé pourront être incités directement à une plus juste prescription. À court terme, cette mesure pourra être utilisée pour inciter à la prescription de médicaments biosimilaires qui sont exécutées en ville, au sein d'une catégorie de médicaments comparables »*.

Une telle action sur les médicaments biosimilaires à l'hôpital est particulièrement nécessaire. En effet, les prescriptions initiales ont un impact direct sur la consommation de médicaments en ville, puisque la continuité du traitement utilisée est privilégiée : certaines spécialités sont donc vendues à un prix très bas aux hôpitaux, car ce sont en général les mêmes spécialités qui sont prescrites après l'hospitalisation, sur la base de prix bien plus rémunérateurs en officine.

#### **IV. ENTRÉE EN VIGUEUR**

Le IV précise que les dispositions de l'article entreront en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019, à l'exception des dispositions du 1<sup>o</sup> du II (responsabilisation des assurés en cas de refus du générique) et des dispositions relatives aux médicaments hybrides qui entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

\*

\* \*

### TITRE III MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS

#### *Article 44* **Revalorisation maîtrisée des prestations sociales**

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 44 prévoit pour les années 2019 et 2020 une revalorisation du montant des prestations et des plafonds de ressources de 0,3 %. Celle-ci ne concerne pas les allocations en direction des publics les plus vulnérables, qui seront revalorisées au moins au niveau de l'inflation constatée.

#### **1. Le niveau et les conditions d'accès aux prestations dépendent traditionnellement du contexte budgétaire**

##### ***a. Le niveau des prestations sociales ainsi que des plafonds de ressources vont faire régulièrement l'objet d'une régulation***

- *Le niveau d'une prestation relève librement du législateur ou du pouvoir réglementaire*

Aucun principe juridique ne garantit la revalorisation automatique des prestations sociales en fonction d'un indice économique donné. Le pouvoir réglementaire est tenu de respecter strictement les modalités de revalorisation prévues par la loi, comme l'illustre la censure par le Conseil d'État d'un décret qui procédait à une revalorisation des prestations familiales inférieure à l'inflation prévue en loi de finances<sup>(1)</sup>. En revanche, le législateur n'est tenu par aucun principe de valeur constitutionnelle ou conventionnelle.

Le Conseil constitutionnel a ainsi reconnu que « *l'exigence constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale* » pouvait motiver une loi de validation du décret précité. De même en 2014, le Conseil constitutionnel a rejeté les moyens contestant la constitutionnalité d'une mesure législative de non-revalorisation directe (sous-indexation) ou indirecte (par le report de la date de revalorisation) des pensions de retraite, y compris lorsque celle-ci fait une exception pour les plus faibles d'entre elles<sup>(2)</sup>.

De même, la Commission européenne des droits de l'Homme<sup>(3)</sup>, si elle admet le droit de bénéficier d'un système d'assurance auquel on a cotisé, estime que

(1) *Conseil d'État, Assemblée, 28 mars 1997, Union nationale des associations familiales, N° 18094.*

(2) *C'est ainsi que le Conseil constitutionnel a validé l'article 9 de la LFSS pour 2014. Il a toutefois souligné que l'absence de rupture caractérisée du principe d'égalité devant les charges publiques résultait du caractère temporaire et limité de la mesure. (Décision n° 2014-698 DC du 6 août 2014 Loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014)*

(3) *La Commission européenne des droits de l'Homme examinait la recevabilité des requêtes avant la réforme de 1998 du système juridique conventionnel.*

« l'article 1 du Protocole n° 1 ne peut être interprété comme donnant droit à une rente d'un montant déterminé ». Ainsi, l'absence de système de réajustement ou le report d'indexation ne peut être interprété comme une violation des intérêts patrimoniaux, l'exigibilité de ceux-ci dans le montant requis ne pouvant être établie.

- *L'indexation : une règle d'application qui demeure très souple*

Le principe et les modalités de la revalorisation relèvent donc d'un choix du législateur, et à défaut, du pouvoir réglementaire.

L'indexation, qui fonde la revalorisation sur un indice économique, a été longuement débattue avant de devenir la norme dans le champ social à partir des années 1980 (pour les prestations familiales à partir de 1984<sup>(1)</sup>, pour les prestations de retraite à partir de 1987<sup>(2)</sup>).

Retenant généralement comme étalon les prix « hors tabac »<sup>(3)</sup>, l'indexation souvent fixée par le législateur, directement ou par renvoi au pouvoir réglementaire, n'a jamais fait juridiquement obstacle à des mesures d'ajustement conjoncturel à la hausse ou à la baisse.

Par ailleurs, le choix de l'indice a entraîné des changements radicaux dans l'évolution de certaines prestations : ainsi, la substitution d'une indexation sur les prix à celle sur les salaires a souvent constitué une mesure technique mais substantielle de maîtrise de la dépense.

Enfin, le législateur a parfois retenu une indexation souple comme lorsque le montant du revenu minimum d'insertion ou de l'allocation de solidarité spécifique étaient fixés annuellement par décret « en fonction de l'évolution des prix »<sup>(4)</sup>.

Ces mécanismes ont été largement rationalisés par la mise en place d'un mécanisme commun à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale par la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016<sup>(5)</sup> qui a :

– mis fin à l'ensemble des dispositifs d'indexation sur des taux d'inflation prévisionnels et aux régularisations qu'ils impliquaient au profit d'une référence à un taux d'inflation constaté sur les douze derniers mois par l'institut national de statistiques et des études économiques (INSEE) ;

---

(1) Décret n° 84-644 du 17 juillet 1984 portant revalorisation de la base mensuelle de calcul des allocations familiales à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1984.

(2) Article 14 de la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses dispositions d'ordre social

(3) Le prix du tabac est traditionnellement écarté pour éviter de créer une boucle entre le niveau de prestations et les politiques volontaristes de prix du tabac.

(4) L. 262-2 du code de l'action sociale dans sa rédaction antérieure au 1<sup>er</sup> juin 2009 et L. 5423-6 du code du travail dans sa rédaction antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

(5) Ces mêmes textes ont par ailleurs procédé à une forte harmonisation des dates de revalorisation au 1<sup>er</sup> avril pour un certain nombre de prestations qui étaient revalorisées au 1<sup>er</sup> juillet.

– protégé l'ensemble de ces prestations contre une éventuelle baisse des prix qui appellerait à son tour une baisse du niveau des prestations en valeur, en fixant le coefficient minimal d'évolution à un.

***b. Un contexte budgétaire moins favorable nécessitant des mesures de maîtrise de la dépense***

● *Une contrainte budgétaire pour 2019 et 2020*

Comme le souligne le commentaire de l'article 26, l'annexe B du présent projet de loi prévoit un niveau dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale de 509,1 milliards d'euros en 2019 et de 518,3 milliards en 2020.

Or, le solde spontané attendu par la commission des comptes de la sécurité sociale en 2019 devrait être de 516,1 milliards d'euros, appelant ainsi de nombreuses mesures de maîtrise en dépenses <sup>(1)</sup> pour tenir cette trajectoire tout en finançant les mesures nouvelles.

La croissance spontanée des dépenses en 2020 devrait logiquement demeurer significativement supérieure au niveau prévu par l'annexe B (+ 1,8 %), maintenant ainsi l'exigence de maîtrise pour cette deuxième année.

● *Le poids des prestations sociales dans les dépenses publiques en fait un objet incontournable de la régulation financière*

Dans cette recherche d'une meilleure maîtrise de la dépense, il demeure difficile de ne pas toucher les prestations sociales qui constituent une part essentielle de la dépense des régimes de sécurité sociale : en 2018, elles représentaient 478,3 milliards d'euros sur les 499,7 milliards d'euros de dépenses totales, soit 95,7 % de l'ensemble.

Par ailleurs, les comparaisons internationales soulignent leur importance singulière en France, et singulièrement dans les domaines de l'assurance vieillesse et des prestations familiales. D'après l'OCDE, la France consacrait en 2013 2,9 % de sa richesse nationale aux prestations familiales contre 2,1 % dans la moyenne de ses pays membres, et en 2015, 13,8 % de cette même richesse nationale aux retraites contre 8,2 % dans la moyenne des pays membres <sup>(2)</sup>.

---

(1) L'ensemble des mesures en dépenses est retracé dans le commentaire de l'article 22.

(2) Dernières données comparatives disponibles sur la base de données sur les dépenses sociales de l'OCDE (SOCX). <http://www.oecd.org/fr/els/soc/depenses.htm>

## 2. L'article 44 propose une revalorisation limitée de la plupart des prestations sociales

### a. Une revalorisation fixée à + 0,3 % en 2019 et 2020 pour la plupart des prestations sociales

Le premier alinéa de cet article non codifié prévoit une dérogation temporaire à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale : pour les années 2019 et 2020, les montants et plafonds de ressources des prestations qui dépendent de cet article seront revalorisés indépendamment de l'inflation d'un taux fixé à + 0,3 %.

Ce niveau de revalorisation sera vraisemblablement très inférieur à l'inflation effective, hors prix du tabac, pour ces deux années, qui devrait au moins dépasser 1 % sur la période de référence, engendrant d'importantes économies en dépenses tant pour l'État que pour les régimes de sécurité sociale.

#### EFFETS FINANCIERS DE LA MESURE SUR L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

	Montant des économies réalisées (en milliards d'euros)		
	2019	2020*	2021*
État	0,8	0,7	0
Sécurité sociale	2,4	2,2	0,3
<b>TOTAL</b>	3,2	2,9	0,3

\*Pour ces exercices, les économies sont présentées comme des « mesures nouvelles » et non dans leurs effets cumulés sur la base des prestations.

Source : commission des affaires sociales à partir de l'étude d'impact du Gouvernement

Cette chronique appelle des explications sur les niveaux respectifs d'économies réalisées sur chaque exercice.

- La première tient à l'exercice 2020 : bien que prévue juridiquement pour s'appliquer aux exercices 2019 et 2020, la mesure aura des répercussions en 2021 en raison du décalage persistant des dates de revalorisation des prestations, certaines étant toujours revalorisées au 1<sup>er</sup> avril.

#### Deux dates de revalorisation

Après la simplification opérée en 2016 et le report de la date de revalorisation des pensions en 2018, il n'existe plus que deux dates de revalorisation des prestations : le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> avril.

L'essentiel du volume des prestations constitué des pensions de retraite visées directement ou indirectement à l'article L. 162-5 est revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier, y compris parfois depuis une date récente<sup>(1)</sup>. On compte également les prestations d'invalidité et les rentes accidents du travail et maladies professionnelles versées par l'État et les régimes équilibrés par l'État à ses fonctionnaires et assurés.

Les autres prestations sont donc revalorisées au 1<sup>er</sup> avril :

(1) Ainsi, c'est la LFSS pour 2018 qui a ramené les dates de revalorisation respectives de l'ASPA et de l'ensemble des pensions au 1<sup>er</sup> janvier.

- les allocations familiales (allocations, majoration pour âge, allocation forfaitaire, PAJE <sup>(1)</sup>, prime de naissance, prime à l'adoption, allocation de base à taux partiel, PREPARE <sup>(2)</sup>, CMG <sup>(3)</sup>, complément familial, allocation de soutien familial, allocation de rentrée scolaire, allocation d'éducation de l'enfant handicapé, allocation journalière de présence parentale et complément forfaitaire pour frais, prime de déménagement) ;
- les prestations d'invalidité et les rentes AT-MP des régimes de sécurité sociale ;
- les plafonds de ressources pour la complémentaire santé (CMU-C, ACS).

La chronique précise des économies réalisées en fonction de leur date de revalorisation est la suivante :

**EFFETS FINANCIERS DE LA MESURE EN FONCTION DE LA DATE DE REVALORISATION**

	Montant des économies réalisées (en milliards d'euros)		
	2019	2020*	2021*
<b>Prestations revalorisées en janvier</b>	2,8	2,5	0,1
<b>Prestations revalorisées en avril</b>	0,4	0,4	0,1
<b>TOTAL</b>	3,2	2,9	0,3**

\*Pour ces exercices, les économies sont présentées comme des « mesures nouvelles » et non dans leurs effets cumulés sur la base des prestations.

\*\* l'écart avec la somme de la colonne est dû à une règle d'arrondis.

Source : commission des affaires sociales à partir de l'étude d'impact du Gouvernement

Elle témoigne de l'importance du volume financier des prestations revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier par rapport à celles qui sont revalorisées au 1<sup>er</sup> avril.

- La seconde tient au moindre effet de la mesure en 2020 qu'en 2019 avec un taux de revalorisation équivalent : l'économie est le résultat de l'écart entre la revalorisation effective et celle qui aurait résulté de l'application stricte de l'article L. 161-25, à savoir le niveau de l'inflation des douze mois précédant la date de revalorisation. Or, l'annexe B du présent projet de loi prévoit pour 2019 (+ 1,3 %) un ralentissement de l'inflation par rapport à 2018 (+ 1,6 %). La mesure aura donc par construction moins d'impact en 2020, les revalorisations qui auraient eu lieu à droit constant étant plus faibles.

Ce second aspect souligne le lien très étroit entre la portée de la mesure et le niveau effectif de l'inflation.

***b. Un champ de la mesure calibré pour protéger les plus vulnérables et favoriser l'insertion professionnelle***

Compte tenu des exceptions prévues aux deuxièmes à dixième alinéas de l'article, le champ des prestations concernées, directement ou par renvoi à l'article

(1) Prestation d'accueil du jeune enfant

(2) Prestation partagée d'éducation de l'enfant majorée

(3) Complément du libre choix du mode de garde



L. 161-25 est particulièrement large, et dépasse d'ailleurs le champ des lois de financement <sup>(1)</sup>. Sans prétendre à une présentation exhaustive de l'ensemble des dispositifs concernés, laquelle ne relève pas du présent commentaire, il est proposé de revenir de manière synthétique sur les différents champs visés en recensant de manière exhaustive les prestations concernées et exemptées.

- *Les champs de l'insertion, de l'emploi et de la solidarité largement sanctuarisés*

Le rapporteur général souligne les priorités politiques qui transparaissent dans le paramétrage de cette mesure : il est ainsi très significatif que soient écartées de l'application du présent article ou de l'article « miroir » du projet de loi de finances <sup>(2)</sup> un grand nombre de prestations touchant à l'insertion, à l'emploi et à la solidarité.

Il s'agit notamment des prestations que le législateur a entendu revaloriser dans les années à venir (prime d'activité, allocation adulte handicapé), mais aussi d'autres dispositifs de solidarité avec les plus fragiles socialement (revenu de solidarité active, allocation de solidarité spécifique) ou ceux qui sont dans l'impossibilité juridique de travailler (allocation pour demandeur d'asile, allocation temporaire d'attente, aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants) ou de bénéficier des couvertures maladie traditionnelles (aide médicale d'état).

#### PRESTATIONS INSERTION, EMPLOI ET SOLIDARITÉ

Prestations revalorisées au niveau de l'inflation
Revenu de solidarité active
Allocation pour demandeur d'asile
Allocation temporaire d'attente
Aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants
Prestation transitoire de solidarité
Allocation de solidarité spécifique
Prime d'activité*
Allocation adulte handicapé *
Aide médicale d'État *

\*Exceptions prévues par l'article 65 du projet de loi de finances car elles ne relèvent pas de l'article L. 161-25.

Aucune de ces prestations n'est financée par la sécurité sociale.

- *Les prestations d'assurance retraite sont mises à contribution tout en préservant les situations les moins favorables*

Le risque vieillesse représentant le plus important volume financier des dépenses sociales (232 milliards de prestations légales nettes versées en 2018 sur

(1) L'article L. 161-25 ayant des effets « indivisibles » sur plusieurs prestations, il n'était pas possible de scinder complètement les effets sur les prestations relevant de la sécurité sociale et celles relevant de l'État.

(2) L'article 65 du projet de loi de finances prévoit les conditions de revalorisation des prestations qui ne relèvent pas de l'application de l'article L. 161-25. S'agissant des modalités spécifiques de revalorisation de ces trois prestations, on pourra utilement se reporter aux travaux de la commission des finances.

490 milliards d’euros de prestations versées par les régimes de base), il constitue le principal objet de la régulation financière mise en œuvre par le présent article.

Ce faisant la revalorisation maîtrisée des prestations vieillesse constitue une mesure indispensable à l’équilibre de la branche, dont les dépenses sont réparties nettement à la hausse, les effets des précédentes réformes ayant pris fin en 2018.

En outre, la perspective d’une réforme systémique rend d’autant plus indispensable le maintien de l’équilibre financier de la branche, ne serait-ce que pour converger avec les efforts réalisés notamment par les régimes complémentaires <sup>(1)</sup>.

**PRESTATIONS DU RISQUE « VIEILLESSE »**

Prestations revalorisées de + 0,3 %	Prestations revalorisées au niveau de l’inflation
Pensions vieillesse de base du régime général et des régimes intégrés	Minimum vieillesse (ASPA et anciennes allocations) ( <i>revalorisation supérieure à l’inflation</i> )
Retraite complémentaire du BTP	Allocation de veuvage
Retraite de l’IRCANTEC	
Allocation de congé-solidarité	
Pension majorée de référence des exploitants agricoles	
Retraite complémentaire des indépendants (RCI)	
Régime additionnel de retraite (régime additionnel des enseignants du privé)	
Minimum contributif	
Minimum de réversion	
Plafond de ressources pour la majoration de pension de réversion	
Majoration de la pension de retraite pour conjoint à charge	
Majoration forfaitaire pour enfant à charge	

Source : étude d’impact du Gouvernement.

Si la majorité des dispositifs ainsi que des montants sont concernés, deux dispositifs sont explicitement exclus par les troisième et quatrième alinéas de l’article :

– l’allocation de solidarité pour personnes âgées (ASPA) ainsi que les anciennes allocations constituant le minimum vieillesse qui fait l’objet d’une importante revalorisation sur trois ans à hauteur de trente euros par an (2018, 2019, 2020) ; au terme de l’exercice il représentera 900 euros et aura donc crû de 3 à 4 % par an pendant trois ans ;

– l’allocation de veuvage est une allocation de solidarité versée par les régimes d’assurance vieillesse en cas de décès du conjoint avant 55 ans.

(1) L’accord du 30 octobre 2015 a prévu, entre autres mesures paramétriques, une indexation de 1 point inférieure à l’inflation de 2016 à 2018 pour rétablir plus rapidement les comptes de l’AGIRC-ARRCO.

Les dispositifs les plus sociaux de la branche ont donc été sanctuarisés pour un montant total conséquent qui représentait 3,2 milliards d’euros en 2018.

● *Les autres champs concernés*

D’autres branches participent également à l’effort de maîtrise des dépenses tout en préservant les mécanismes à destination des plus fragiles.

Au sein des branches accidents du travail-maladies professionnelles et famille de la sécurité sociale, la grande majorité des prestations feront l’objet d’une revalorisation de 0,3 %. Seule l’allocation supplémentaire d’invalidité (Asi), qui a un lien très étroit avec l’ASPA <sup>(1)</sup>, sera maintenue dans le droit existant.

**PRESTATIONS DU RISQUE « AT-MP »**

Prestations revalorisées de + 0,3 %	Prestations revalorisées au niveau de l’inflation
Pensions d’invalidité	Allocation supplémentaire d’invalidité
Indemnités en capital AT-MP	
Rentes AT-MP et leur assiette minimale	
Prestation complémentaire pour recours à tierce personne et majoration pour tierce personne AT-MP	
ACAATA	

*Source : étude d’impact*

S’agissant plus spécifiquement de la branche famille, c’est la base mensuelle des allocations familiales qui sert de fondement au calcul des prestations et des plafonds de ressources, et emporte ainsi l’ensemble des dispositifs (allocations familiales, Paje, autres prestations). Il convient toutefois de souligner que les dispositions du présent article ne font pas obstacle aux avancées du projet de loi sur le congé maternité et le complément du mode de garde.

**PRESTATIONS DE LA BRANCHE « FAMILLE »**

Prestations revalorisées de + 0,3 %
Base mensuelle des allocations familiales (ensemble des prestations)
Le versement au fonds spécial des associations familiales prévu au 1° de l’article L. 211-10 du code de l’action sociale et des familles

*Source : étude d’impact*

L’essentiel des dépenses de prestations de la branche maladie ne sont pas régies par l’article L. 161-25 car elles dépendent d’autres mécanismes de régulation (prix conventionnels, taux de remboursement, tarification des établissements, ...). Toutefois, deux dispositifs étaient visés directement ou indirectement par l’article L. 161-25 :

– le capital décès est une prestation forfaitaire versée par les caisses primaires d’assurance maladie à l’occasion du décès d’un affilié du régime général ; à l’instar des autres prestations non soumises à conditions de ressources,

(1) L’allocation supplémentaire d’invalidité est versée aux personnes souffrant d’invalidité et qui ne remplissent pas les conditions d’âge pour percevoir l’ASPA.

elle entre dans le champ des prestations qui feront l'objet d'une revalorisation de + 0,3 % ces deux prochaines années ;

– les plafonds de ressources permettant de bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) seront en revanche revalorisés au niveau de l'inflation en cohérence avec la démarche poursuivie par l'article 34.

**PRESTATIONS DE LA BRANCHE « MALADIE »**

<b>Prestations revalorisées à de +0,3 %</b>	<b>Prestations revalorisées au niveau de l'inflation</b>
Capital décès	Plafond de ressources prises en compte pour l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

*Source : étude d'impact*

Trois prestations se situant à la frontière entre la sécurité sociale et les dépenses départementales sont également concernées par la revalorisation maîtrisée des plafonds de ressources : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) sont à la charge des conseils départementaux mais également financés par l'ONDAM médico-social via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

**PRESTATIONS MÉDICO-SOCIALES**

<b>Prestations revalorisées à + 0,3 %</b>
Allocation personnalisée d'autonomie (plafond du plan d'aide et barème de participation financière laissée à la charge du bénéficiaire)
Prestation de compensation du handicap (taux de prise en charge de 100 ou 80 % en fonction des ressources)

*Source : étude d'impact*

\*

\* \*

*Article 45*

**Majoration du montant maximum du complément de libre choix du mode de garde pour les familles ayant un enfant en situation de handicap**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 45 permet d'augmenter (dans une proportion qui devrait être de 30 %) le montant maximum du complément de libre choix du mode de garde (CMG) pour les familles ayant un enfant en situation de handicap.

**1. Le droit existant**

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) constitue l'une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Il est versé aux parents qui recourent à un mode d'accueil individuel pour assurer la garde de leur enfant de moins de six ans.

**a. Les modalités de calcul du CMG**

Il existe deux types de CMG : le CMG « emploi direct » et le CMG « structure ».

● Le CMG « emploi direct », défini à l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, est versé aux parents qui emploient un assistant maternel ou une garde à domicile. Il comporte deux volets :

– une prise en charge des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne employée, à hauteur de 100 % pour l'emploi d'un assistant maternel, sous réserve que sa rémunération soit inférieure à un plafond journalier, et à hauteur de 50 % pour l'emploi d'une garde à domicile, dans la limite d'un plafond variable en fonction de l'âge de l'enfant ;

– une prise en charge maximale de 85 % de la rémunération nette (comprenant le salaire et l'indemnité d'entretien) de la personne employée, dans la limite d'un plafond variable selon les ressources et la composition du foyer.

● Le CMG « structure », défini à l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, est versé aux parents qui ont recours à une association, une entreprise ou une micro-crèche. Le montant versé ne peut excéder 85 % du coût de la garde facturé aux parents, dans la limite d'un plafond variable selon les ressources et la composition du foyer.

Le barème du CMG comporte trois tranches de revenus, dont les plafonds varient en fonction du nombre d'enfants à charge. Dans tous les cas, le montant de l'aide financière ne peut dépasser 85 % de la rémunération nette de l'assistant maternel ou de la garde à domicile (CMG « emploi direct ») ou du montant versé à l'association, à l'entreprise ou à la micro-crèche (CMG « structure »).

Le tableau ci-dessous présente les plafonds de revenus et les montants de CMG en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2018.

**BARÈME DU CMG APPLICABLE AU TITRE D'UN ENFANT NÉ OU ADOPTÉ À COMPTER DU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2014**

Nombre d'enfant à charge	Revenus		
	Inférieurs à	Ne dépassant pas	Supérieurs à
1 enfant	20 550 €	45 666 €	45 666 €
2 enfants	23 467 €	52 148 €	52 148 €
3 enfants	26 384 €	58 630 €	58 630 €
<b>Montant plafond du CMG « emploi direct »</b>			
Enfant de moins de 3 ans	467,41 €	294,73 €	176,82 €
Enfant de 3 à 6 ans	233,71 €	147,39 €	88,41 €
<b>Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant un assistant maternel</b>			
Enfant de moins de 3 ans	707,30 €	589,42 €	471,55 €
Enfant de 3 à 6 ans	353,66 €	294,71 €	235,78 €
<b>Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant une garde à domicile ou en cas de recours à une micro-crèche</b>			
Enfant de moins de 3 ans	854,69 €	736,77 €	618,89 €
Enfant de 3 à 6 ans	427,35 €	368,39 €	309,45 €

Source : caf.fr

Par ailleurs, le plafond de ressources applicable pour le calcul du montant du CMG est majoré de 40 % pour les familles monoparentales, **en application** de l'article D. 531-18 du code de la sécurité sociale <sup>(1)</sup>.

***b. Les situations ouvrant droit à une majoration du montant du CMG***

Les différents montants de CMG peuvent être majorés dans trois cas, prévus aux articles L. 531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale :

- Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2009-908 du 24 juillet 2009 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant prévoit une majoration du CMG de 10 % si le nombre d'heures de garde en horaires spécifiques est supérieur ou égal à 25 heures dans le mois pour lequel la prestation est demandée ;

- Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), une majoration de 30 % du montant maximal du CMG est prévue par l'article 8 du décret n° **2012-666 du 4 mai 2012 relatif au complément de libre choix du mode de garde pour les familles**

(1) Décret n° 2012-666 du 4 mai 2012 relatif au complément de libre choix du mode de garde pour les familles monoparentales et les familles dont l'un des parents perçoit l'allocation aux adultes handicapés.

## **monoparentales et les familles dont l'un des parents perçoit l'allocation aux adultes handicapés ;**

• **Enfin, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 a étendu cette** possibilité de majoration du montant maximal du CMG aux familles monoparentales, pour les gardes d'enfants réalisées à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2018. L'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2018-312 du 26 avril 2018 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant précise que le montant maximal du CMG est majoré de 30 % pour les familles monoparentales.

Ces trois cas de majoration du montant du CMG sont codifiés à l'article D. 531-23-1 du code de la sécurité sociale.

### **2. Le dispositif proposé**

Le présent article propose de majorer le montant maximal du CMG « emploi direct » et du CMG « structure » pour les familles dont l'un des enfants est en situation de handicap.

À cette fin, le **b)** du 1<sup>o</sup> du **I** et le 2<sup>o</sup> du **I** tendent à compléter la liste, figurant à la fois à l'article L. 531-5 et à l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, des situations ouvrant droit, dans des conditions définies par décret, à une majoration de ce montant. Le plafond du CMG serait également majoré « *lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie au titre d'un enfant à charge de la prestation prévue à l'article L. 541-1* », c'est-à-dire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

#### **L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)**

L'AEEH est une prestation familiale versée par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) pour les personnes qui relèvent du régime agricole. Cette allocation a pour but d'aider les familles à faire face aux frais supplémentaires qu'entraîne le handicap d'un enfant à charge de moins de 20 ans. Elle est composée d'un montant de base auquel s'ajoutent éventuellement un complément qui varie en fonction de la nature et de la gravité du handicap et une majoration pour parent isolé.

Le montant de l'AEEH s'élève à 131,81 euros par mois et par enfant y ouvrant droit (montant en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018).

Cette majoration du montant maximal du CMG, qui doit être fixée par décret, sera, d'après les engagements pris par le Gouvernement, égale à 30 %.

Le reste à charge, équivalent à 15 % de la rémunération de l'emploi à domicile (CMG « emploi direct ») ou du coût de la garde facturé aux parents (CMG « structure »), ne serait quant à lui pas modifié.

Le tableau ci-dessous présente les montants maximum de CMG qui s'appliqueraient aux familles bénéficiant de l'AEEH.

**BARÈME DU CMG, APPLICABLE AU TITRE D'UN ENFANT NÉ OU ADOPTÉ À COMPTER DU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2014, POUR LES FAMILLES BÉNÉFICIAIRES DE L'AEEH**

Nombre d'enfant à charge	Revenus		
	Inférieurs à	Ne dépassant pas	Supérieurs à
1 enfant	20 550 €	45 666 €	45 666 €
2 enfants	23 467 €	52 148 €	52 148 €
3 enfants	26 384 €	58 630 €	58 630 €
<b>Montant plafond du CMG « emploi direct » (majoration de 30 %)</b>			
Enfant de moins de 3 ans	607,63 €	383,15 €	229,87 €
Enfant de 3 à 6 ans	303,82 €	191,61 €	114,93 €
<b>Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant un assistant maternel (majoration de 30 %)</b>			
Enfant de moins de 3 ans	919,49 €	766,25 €	613,02 €
Enfant de 3 à 6 ans	459,76 €	383,12 €	306,51 €
<b>Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant une garde à domicile ou en cas de recours à une micro-crèche (majoration de 30 %)</b>			
Enfant de moins de 3 ans	1111,10 €	957,80 €	804,56 €
Enfant de 3 à 6 ans	555,56 €	478,91 €	402,29 €

Source : CNAF – Calculs effectués à partir des montants de CMG en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2018.

D'après la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), 4 107 familles bénéficiant de l'AEEH au titre d'un enfant en situation de handicap âgé de moins de six ans bénéficiaient également du CMG pour la garde de cet enfant en 2017. Par ailleurs, 4 700 familles bénéficiant de l'AEEH au titre d'un enfant en situation de handicap âgé de six à vingt ans bénéficiaient également du CMG pour la garde d'un autre de leurs enfants, âgé de moins de six ans, la même année. Au total, plus de 8 800 familles bénéficiaient donc à la fois de l'AEEH et du CMG en 2017.

Parmi ces familles, certaines ne bénéficieraient pas de l'augmentation du montant maximal du CMG dans la mesure où celle-ci s'applique dans la limite d'un reste à charge qui reste inchangé, égal à 15 % de la rémunération de l'assistant maternel ou du coût de la garde. Selon les estimations fournies par la CNAF, à comportement inchangé, 2 589 familles ayant un enfant de moins de six ans bénéficiant de l'AEEH et du CMG seraient concernées par la mesure et 2 961 familles ayant un enfant âgé entre 6 et 20 ans bénéficiant de l'AEEH bénéficieraient également du CMG pour un autre de leurs enfants âgé de moins de six ans. Au total, plus de 5 550 familles bénéficieraient du dispositif de majoration du CMG. Cette estimation ne tient pas compte des familles qui gardent elles-mêmes leur enfant mais qui pourraient désormais recourir à un mode de garde individuel, rendu plus attractif par le présent article.



Le tableau ci-dessous présente les gains mensuels maximum de CMG pour les familles bénéficiant de l’AEEH résultant du présent article, selon leur niveau de revenu.

**AUGMENTATION MENSUELLE MAXIMALE DU CMG, APPLICABLE AU TITRE D’UN ENFANT NÉ OU ADOPTÉ À COMPTER DU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2014, POUR LES FAMILLES BÉNÉFICIAIRES DE L’AEEH**

Nombre d’enfant à charge	Revenus		
	Inférieurs à	Ne dépassant pas	Supérieurs à
1 enfant	20 550 €	45 666 €	45 666 €
2 enfants	23 467 €	52 148 €	52 148 €
3 enfants	26 384 €	58 630 €	58 630 €
<b>Augmentation maximale du montant du CMG « emploi direct »</b>			
Enfant de moins de 3 ans	+ 140,22 €	+ 88,42 €	+ 53,05 €
Enfant de 3 à 6 ans	+ 70,11 €	+ 44,22 €	+ 26,52 €
<b>Augmentation maximale du montant du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant un assistant maternel</b>			
Enfant de moins de 3 ans	+ 212,19 €	+ 176,83 €	+141,47 €
Enfant de 3 à 6 ans	+ 106,10 €	+88,41 €	+ 70,73 €
<b>Augmentation maximale du montant du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant une garde à domicile ou en cas de recours à une micro-crèche (majoration de 30 %)</b>			
Enfant de moins de 3 ans	+ 256,41 €	+ 221,03 €	+ 185,67 €
Enfant de 3 à 6 ans	+ 128,21 €	+ 110,52 €	+ 92,84 €

La mesure proposée par le présent article entraîne donc un gain financier conséquent pour de nombreuses familles ayant à charge un enfant en situation de handicap. Ce gain est d’autant plus élevé que le revenu des familles concerné est modeste.

Le **II** étend la mesure proposée par le présent article à Saint-Pierre-et-Miquelon, en modifiant le 6<sup>o</sup> de l’article 11 de l’ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales.

Le **1<sup>o</sup>** et le **2<sup>o</sup>** du **II** rendent respectivement applicable à la collectivité d’Outre-mer la majoration du CMG « emploi direct » et celle du CMG « structure », pour les familles bénéficiaires de l’AEEH.

Par ailleurs, le **a)** du **1<sup>o</sup>** du **I** vise à mettre en cohérence l’article L. 531-5 du code de la sécurité sociale relatif au CMG « emploi direct », avec la suppression de l’allocation temporaire d’attente depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017 <sup>(1)</sup>. Il

(1) La suppression de l’allocation temporaire d’attente a été compensée par un accès facilité au RSA, à la garantie jeune et au parcours d’accompagnement contractualisé vers l’emploi et vers l’autonomie. Pour plus d’informations, voir le commentaire de l’article 49 du projet de loi de finances pour 2017 par le rapporteur général de la commission des finances : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r4125-t111-v1.asp>.

supprime ainsi la référence à l'article L. 5423-8 du code du travail, relatif à cette allocation, qui a été abrogé par l'article 87 de la loi de finances pour 2017.

Le **III** précise que le présent article doit entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2019 pour les gardes d'enfants réalisées à compter de cette date.

Le rapporteur général veillera à ce que le décret complétant l'article D. 531-23-1 du code de la sécurité sociale pour fixer le taux de la majoration du CMG à 30 % soit bien pris avant cette date, permettant ainsi l'entrée en vigueur effective du dispositif.

\*  
\* \*

#### *Article 46*

### **Conséquences de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans sur les prestations familiales**

#### **Adopté par la commission sans modification**

Dans la perspective de l'abaissement de l'âge de la scolarisation obligatoire de six à trois ans, l'article 46 vise à prolonger le versement du complément de libre choix du mode de garde (CMG) à taux plein au-delà des trois ans de l'enfant, jusqu'à la rentrée scolaire suivant son troisième anniversaire.

Il procède en outre à une réécriture des dispositions relatives à l'allocation de rentrée scolaire (ARS) afin de maintenir le versement de cette allocation à partir des six ans de l'enfant.

Enfin, cet article permet le versement en tiers-payant du CMG « structure », dont bénéficient les familles qui ont recours à une association, une entreprise ou une micro-crèche pour assurer la garde de leur enfant de moins de six ans.

## **I. LES CONSÉQUENCES DE LA MISE EN PLACE DE L'OBLIGATION SCOLAIRE DÈS L'ÂGE DE TROIS ANS SUR LE COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE (CMG) ET SUR L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE (ARS)**

### **A. L'ABAISSEMENT DE L'INSTRUCTION OBLIGATOIRE DE SIX À TROIS ANS**

Conformément à l'article L. 131-1 du code de l'éducation, « *l'instruction est obligatoire pour les enfants des deux sexes, français et étrangers, entre six ans et seize ans* ».

À l'occasion des assises de l'école maternelle, qui se sont tenues les 27 et 28 mars 2018, le Président de la République a annoncé l'abaissement de l'âge de la scolarisation obligatoire de six à trois ans, à compter de la rentrée scolaire 2019.

Si 97 % des élèves sont déjà scolarisés à l'âge de trois ans, cette moyenne nationale cache des réalités territoriales disparates, puisque moins de 70 % des enfants sont scolarisés à l'âge de trois ans dans certains départements d'Outre-mer, 87 % en Corse et de 93 % à Paris<sup>(1)</sup>. En contribuant à corriger les inégalités qui se forment dès le plus jeune âge (80 % des jeunes quittant le système scolaire sans qualification connaissaient déjà en difficulté en classe préparatoire), la mise en place de l'instruction obligatoire dès l'âge de trois ans s'inscrit dans la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté.

Le présent article vise à tirer les conséquences de cette réforme sur deux prestations familiales : le complément de libre choix du mode de garde (CMG), d'une part, et l'allocation de rentrée scolaire (ARS), d'autre part.

## **B. LA PROLONGATION DU COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE (CMG) À TAUX PLEIN AU-DELÀ DE TROIS ANS**

### **1. Le droit existant**

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) constitue l'une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Il est versé aux parents qui recourent à un mode d'accueil individuel pour assurer la garde de leur enfant de moins de six ans.

Il existe deux types de CMG :

– le CMG « emploi direct », défini à l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, versé aux parents qui emploient un assistant maternel ou une garde à domicile ;

– le CMG « structure », défini à l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, versé aux parents qui ont recours à une association, une entreprise ou une micro-crèche.

En application du IV de l'article L. 531-5 et du sixième alinéa de l'article L. 531-6 précités, le montant du complément varie, pour chacune des trois tranches de revenus, selon l'âge de l'enfant : il est deux fois moins élevé pour les enfants âgés de trois à six ans que pour les enfants de moins de trois ans.

Les modalités de versement et les montants du CMG sont présentés en détail dans le commentaire de l'article 45 du présent projet de loi.

---

(1) Jean-Michel Blanquer, entretien au journal *Le Monde* du 27 mars 2018, [https://www.lemonde.fr/education/article/2018/03/27/ecole-a-3-ans-c-est-reconnaitre-l-importance-decisive-des-premieres-annees-de-vie-pour-les-apprentissages\\_5276805\\_1473685.html](https://www.lemonde.fr/education/article/2018/03/27/ecole-a-3-ans-c-est-reconnaitre-l-importance-decisive-des-premieres-annees-de-vie-pour-les-apprentissages_5276805_1473685.html).

## 2. Le dispositif proposé

Lorsque l'âge de la scolarisation obligatoire sera avancé à trois ans, les enfants seront accueillis à l'école maternelle en septembre de l'année civile de leur troisième anniversaire, soit jusqu'à huit mois après celui-ci pour les enfants nés en début d'année civile.

Or, le montant du CMG est, en l'état du droit, divisé par deux lorsque l'enfant gardé atteint l'âge de trois ans. Dès lors, les familles dont l'enfant est né entre le 1<sup>er</sup> janvier et la rentrée scolaire verraient le montant de leur CMG diminué de moitié avant que leur enfant soit accueilli à l'école maternelle, alors que ce montant ne serait pas diminué pour les familles dont l'enfant est né entre la rentrée scolaire et le 31 décembre.

C'est pourquoi le présent article propose de prolonger le droit aux CMG « emploi direct » et « structure » à taux plein pour les familles dont l'enfant atteint l'âge de trois ans entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 août, jusqu'à la rentrée scolaire suivant son troisième anniversaire.

Le 1<sup>o</sup> du **I** complète le IV de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, relatif à la réduction du montant du CMG « emploi direct » au-delà de l'âge de trois ans, pour préciser que la prestation demeure versée intégralement pour les enfants ayant atteint l'âge de trois ans entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 août de l'année de leur troisième anniversaire, jusqu'au 31 août. Après cette date, les enfants seront accueillis à l'école maternelle.

Cette prolongation du versement du CMG à taux plein s'applique également au CMG « structure », comme le prévoit le 2<sup>o</sup> du **I** qui complète à cet effet le sixième alinéa de l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, relatif au CMG « structure ».

Le besoin de garde restant inchangé tant que l'enfant n'est pas scolarisé, cette mesure permet de supprimer une inégalité de traitement existant aujourd'hui entre les familles lors du passage d'un mode d'accueil individuel vers l'accueil à l'école maternelle, selon la date de naissance de leur enfant.

Selon l'étude d'impact, 3,6 % des familles bénéficiaires du CMG seraient concernées par cette mesure.

Le **II** rend ce dispositif applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, en complétant le b) du 6<sup>o</sup> de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales.

Enfin, le **IV** prévoit que la mesure s'applique aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, c'est-à-dire aux premiers enfants atteignant l'âge de trois ans et non scolarisés à la suite de la réforme abaissant

l'âge de la scolarisation obligatoire, qui s'appliquera à compter de la rentrée scolaire 2019.

## **C. LE TOILETTAGE DES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE (ARS)**

### **1. Le droit existant**

L'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale dispose qu' « *une allocation de rentrée scolaire est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond variable en fonction du nombre des enfants à charge, pour chaque enfant inscrit en exécution de l'obligation scolaire dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé* ».

Cette allocation, versée sous condition de ressources, est donc attribuée aux familles dès lors que la scolarisation de leur enfant devient obligatoire, soit, en l'état du droit, à l'âge de six ans. Plus précisément, aux termes de l'article R. 543-2 du code de la sécurité sociale « *ouvre droit à l'allocation de rentrée scolaire chaque enfant à charge qui atteindra son sixième anniversaire avant le 1<sup>er</sup> février de l'année suivant celle de la rentrée scolaire* ».

Les familles dont un enfant est scolarisé à l'école maternelle ne bénéficient donc pas de l'ARS.

### **2. Le dispositif proposé**

L'abaissement de l'âge de la scolarisation obligatoire de six à trois ans nécessite de modifier la rédaction des dispositions relatives aux conditions d'accès à l'ARS. En effet, la référence actuelle à l' « *obligation scolaire* » aurait pour conséquence d'avancer le versement de cette allocation des six ans aux trois ans de l'enfant, sans que cela ne soit justifié. En effet, l'avancée de l'âge de l'obligation scolaire ne donne pas lieu à des dépenses nouvelles et supplémentaires pour les familles.

C'est pourquoi le 4° du I propose de modifier la rédaction de l'article L. 543-1 précité pour préciser que l'ARS est attribuée pour chaque enfant « *qui, ayant atteint un âge déterminé, est inscrit* » dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé, « *jusqu'à la fin de l'obligation scolaire* ». L'âge de l'enfant ouvrant droit au bénéfice de l'ARS resterait ainsi fixé à six ans, en application de l'article R. 543-2 précité.

Une disposition similaire de toilettage des dispositions relatives à l'ARS servie à Mayotte est prévue par le III, qui modifie l'article 8 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte pour préciser que l'ARS est due à compter de l'entrée dans l'enseignement élémentaire.

La nouvelle rédaction des dispositions relatives à l'ARS entrerait en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, conformément au **IV**.

## **II. L'EXTENSION DU TIERS-PAYANT AUX BÉNÉFICIAIRES DU CMG « STRUCTURE »**

### **A. LA MISE EN PLACE, PAR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2017, D'UN DISPOSITIF DE TIERS-PAYANT POUR LE CMG « EMPLOI DIRECT »**

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 et à titre optionnel, le CMG « emploi direct » pourra être versé en tiers-payant, en application de l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017.

Le centre Pajemploi prélèvera ainsi sur le compte du particulier employeur d'un assistant maternel, une fois sa déclaration mensuelle effectuée, le montant du salaire déclaré et des cotisations sociales dues, déduction faite du CMG « rémunération » et « cotisations », c'est-à-dire des deux parties du CMG « emploi direct » (voir *supra*). Seul le montant net des différentes aides sera prélevé par Pajemploi. Une fois ce prélèvement effectué, le montant du salaire déclaré par le parent employeur sera reversé à l'assistant maternel par Pajemploi.

En supprimant la contrainte actuelle consistant pour les parents employeurs à avancer la totalité du salaire de l'assistant maternel, l'affectation du CMG « emploi direct » en tiers-payant leur permettra de bénéficier immédiatement de l'intégralité de l'aide reçue. Ce dispositif optionnel se traduira à la fois par un gain de trésorerie pour les parents, tout en leur donnant une meilleure visibilité sur le coût net de la garde de leur enfant.

### **B. L'EXTENSION DU TIERS-PAYANT AUX BÉNÉFICIAIRES DU CMG « STRUCTURE »**

Le CMG « structure » est versé aux parents qui ont recours à une association, une entreprise ou une micro-crèche pour assurer la garde de leur enfant de moins de six ans, en application du premier alinéa de l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale (voir *supra*).

Ce complément est versé aux parents, après qu'ils ont payé la structure d'accueil, dans un délai pouvant s'étendre jusqu'à deux mois. Ce délai est à l'origine de difficultés de trésoreries pour certaines familles qui peinent à faire l'avance de la totalité des frais de garde.

Afin de mettre fin à cette difficulté, le 3<sup>o</sup> du **I** vise à étendre le tiers-payant au CMG « structure », en permettant son versement non pas aux parents mais directement à l'association ou à l'entreprise qui assure la garde de l'enfant. À cette fin, il complète l'article L. 531-6 précité par un alinéa précisant que « *par dérogation aux dispositions du premier alinéa, le complément de libre choix du*

*mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé directement à l'association ou à l'entreprise qui assure la garde de l'enfant, sur demande de la famille bénéficiaire et après accord de l'association ou l'entreprise précitée, dans des conditions précisées par décret ».*

Ainsi, le montant de la prestation directement versée au gestionnaire de la structure d'accueil serait imputé par celui-ci sur la facture mensuelle des parents, qui serait ainsi nette du CMG « structure » auquel ils ont droit.

Ce dispositif, en évitant aux parents de devoir assumer l'avance de l'intégralité des frais d'accueil de leur enfant, se traduirait par un gain important de trésorerie lors des premiers mois de garde de l'enfant. Il permettrait en outre de simplifier les démarches des familles et de leur donner une lisibilité immédiate sur le coût net de l'accueil de leur enfant.

En application du **IV**, ce dispositif de tiers payant doit s'appliquer aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

\*  
\* \*

#### *Article 47*

### **Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé de maternité**

#### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 47 tend à harmoniser les modalités d'indemnisation du congé de maternité des travailleuses indépendantes et des agricultrices non salariées avec celles applicables aux salariées, tout en maintenant les dispositions qui permettent de répondre aux contraintes propres à chaque activité professionnelle.

La réforme proposée par le présent article s'appuie sur les travaux menés par notre collègue Marie-Pierre Rixain, auteure d'un récent rapport visant à « rendre effectif le congé de maternité pour toutes les femmes », rendu public en septembre 2018 <sup>(1)</sup>.

## **I. LE DROIT EXISTANT**

Comme le rappelle Marie-Pierre Rixain dans son rapport précité, le congé de maternité répond à plusieurs objectifs :

– protéger la santé de la mère et de l'enfant et faciliter la construction du lien d'attachement ;

---

(1) « Rendre effectif le congé de maternité pour toutes les femmes », Mme Marie-Pierre Rixain, juillet 2018 - <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000636.pdf>

- constituer un revenu de remplacement ;
- protéger les salariées qui se trouvent dans un rapport de subordination vis-à-vis de leur employeur, grâce à l'existence de protections particulières pendant la durée du congé de maternité.

Malgré des objectifs communs, les règles relatives au congé de maternité varient selon le statut professionnel des femmes. Les durées minimales et maximales de congé, mais également les modalités et les niveaux d'indemnisation diffèrent entre les salariées, les travailleuses indépendantes et les agricultrices non salariées.

### **A. LE CONGÉ DE MATERNITÉ DES FEMMES SALARIÉES**

Aux termes de l'article L. 1225-17 du code du travail, « *la salariée a le droit de bénéficier d'un congé de maternité pendant une période qui commence six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après la date de celui-ci* », soit seize semaines au total.

Cette durée augmente avec le nombre d'enfants déjà à charge avant la naissance de l'enfant (article L. 1225-19 du même code) et est allongée en cas de grossesse multiple (article L. 1225-18 du même code).

Le congé de maternité des femmes salariées ne peut pas être inférieur à huit semaines pour être indemnisé, en application de l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale. Par ailleurs, la durée du congé prénatal doit être d'au moins trois semaines – trois semaines sur six étant reportables après l'accouchement. Il est en outre interdit d'employer une salariée dans les six semaines qui suivent son accouchement.

Les salariées en congé de maternité bénéficient d'indemnités journalières proportionnelles, calculées sur la base des trois derniers salaires mensuels bruts, réduits forfaitairement de 21 %. Le montant maximum de l'indemnité est de 86 euros par jour au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Des dispositions collectives peuvent prévoir des conditions d'indemnisation plus favorables.

### **B. LE CONGÉ DE MATERNITÉ DES FEMMES NON SALARIÉES**

Les règles relatives au congé de maternité des travailleuses indépendantes doivent être distinguées de celles s'appliquant aux agricultrices non salariées.

Ces dernières sont affiliées au régime agricole de la sécurité sociale, alors que les travailleuses indépendantes (artisans, commerçantes, cheffes d'entreprises, auto-entrepreneuses...) étaient affiliées au régime social des indépendants (RSI) pour le risque maladie-maternité jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2018, date à laquelle ce régime a été supprimé. Les règles et les modalités d'indemnisation des travailleuses indépendantes restent celles de l'ancien RSI,



mais la gestion des prestations, qui était déléguée à des organismes conventionnés (mutuelles ou groupements de sociétés d'assurance), est progressivement transférée aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

## 1. Les travailleuses indépendantes

Conformément à l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale, les travailleuses indépendantes bénéficient à l'occasion de leur maternité d'une allocation forfaitaire de repos maternel et, à condition de cesser toute activité professionnelle pendant une durée minimale, d'une indemnité journalière forfaitaire.

● L'allocation forfaitaire de repos maternel est « destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité ». Le bénéfice de cette allocation n'est pas conditionné à une durée d'arrêt minimum.

Cette allocation est versée pour moitié à la fin du septième mois de la grossesse et pour moitié après l'accouchement. Son montant, précisé à l'article D. 631-4-1 du code de la sécurité sociale, est égal à la valeur mensuelle du plafond de la sécurité sociale, soit 3 311 euros en 2018. Toutefois, en application de l'article D. 613-29 du même code, ce montant est réduit à 10 % de ce plafond, soit 331,10 euros, lorsque le revenu annuel de l'assurée est inférieur à un montant équivalent à 10 % de la moyenne des valeurs annuelles du plafond de la sécurité sociale en vigueur au cours des trois dernières années, soit 3 862,82 euros en 2018. Ces montants sont divisés par deux en cas d'adoption.

### MONTANT DE L'ALLOCATION FORFAITAIRE DE REPOS MATERNEL

	Revenu annuel > à 3 862,80 €	Revenu annuel < à 3 862,80 €
En cas de naissance	3 311 €	331,10 €
En cas d'adoption	1 655,50 €	165,55 €

Source : commission des affaires sociales

● Une indemnité journalière forfaitaire est également attribuée aux travailleuses indépendantes, à condition qu'elles cessent toute activité professionnelle pendant une période d'au moins quarante-quatre jours consécutifs, dont quatorze jours doivent immédiatement précéder la date présumée de l'accouchement, conformément à l'article D. 613-4-2 du code de la sécurité sociale. Cette période d'indemnisation peut être prolongée, à la demande de l'assurée, par une ou deux périodes de quinze jours consécutifs. Les indemnités peuvent ainsi être versées au maximum pendant soixante-quatorze jours.

Le montant de l'indemnité journalière, défini au même article D. 613-4-2, est égal à  $1/730^{\text{ème}}$  de la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale, soit 54,43 euros par jour. Toutefois, comme pour l'allocation forfaitaire de repos maternel, ce montant est réduit à 10 % de ce plafond, soit 5,44 euros, lorsque le

revenu annuel de l'assurée est inférieur à un montant fixé à 3 862,82 euros en 2018, en application de l'article D. 613-29 du même code.

#### MONTANT DE L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE FORFAITAIRE

	Revenu annuel > à 3 862,80 €	Revenu annuel < à 3 862,80 €
Montant par jour	54,43 € par jour	5,44 € par jour
Montant pour 44 jours d'arrêt	2 394,92 €	239,49 €
Montant pour 15 jours supplémentaires	816,45 €	81,64 €

Source : commission des affaires sociales

Les travailleuses indépendantes bénéficient en outre de majorations de la durée du congé de maternité dans les mêmes conditions que les salariées en cas de grossesse multiple. En revanche, la durée d'indemnisation n'est pas majorée à partir du troisième enfant, contrairement aux salariées et aux agricultrices non-salariées.

## 2. Le congé de maternité des agricultrices non salariées

Les assurées non salariées du régime agricole ne bénéficient pas d'indemnités journalières au titre de la maternité.

Elles bénéficient en revanche d'une allocation de remplacement destinée, aux termes de l'article L. 732-10 du code rural et de la pêche maritime, à « *assurer leur remplacement dans les travaux de l'exploitation agricole lorsque, prenant part de manière constante à ces travaux, elles sont empêchées de les accomplir en raison de la maternité* ».

L'article L. 732-10 précité prévoit que l'allocation de remplacement est accordée :

- aux cheffes d'exploitation ou d'entreprise agricole ;
- aux aides familiaux <sup>(1)</sup> non-salariées et associées d'exploitation des chefs d'exploitation ou d'entreprise ;
- aux conjointes collaboratrices d'exploitation ou d'entreprise agricole, sous réserve qu'elles ne soient pas couvertes à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ;
- aux membres non salariées de toute société, quelles qu'en soient la forme et la dénomination, lorsque ces membres consacrent leur activité, pour le compte de la société, à une exploitation ou entreprise agricole située sur le territoire métropolitain.

(1) Par aides familiaux, on entend les ascendants, descendants, frères, sœurs et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint, âgés de plus de seize ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés (article L. 722-10 du code rural et de la pêche maritime).

Pour bénéficier de l'allocation, l'article R. 732-17 du code rural et de la pêche maritime précise que les assurées doivent remplir les quatre conditions suivantes :

1°) Participer de manière constante, à plein temps ou à temps partiel, aux travaux de l'exploitation ou de l'entreprise agricole ;

2°) Justifier à la date de l'accouchement ou de l'adoption d'une durée de dix mois d'affiliation ;

3°) En cas de maternité, cesser tout travail sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole pendant la durée du congé de maternité ;

4°) Être effectivement remplacées.

En application de l'article R. 732-19 du même code, les assurées bénéficient de l'allocation de remplacement pendant au moins deux semaines et au plus pendant seize semaines, au cours d'une période commençant six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se terminant dix semaines après celui-ci. La durée maximale du congé de maternité des agricultrices est ainsi identique à celle des salariées. Comme pour celles-ci, cette durée augmente avec le nombre d'enfants à charge et en cas de grossesse multiple.

Le montant de l'allocation correspond au montant du prix de journée fixé par le service de remplacement, multiplié par le nombre de jours de remplacement. Le prix d'une journée d'allocation de remplacement est fixé par convention entre le service de remplacement et la caisse de la mutualité sociale agricole (MSA), en application de l'article R. 732-22 du même code.

**TABLEAU COMPARATIF DES RÈGLES RELATIVES AU CONGÉ DE MATERNITÉ DES SALARIÉES, TRAVAILLEUSES INDÉPENDANTES ET AGRICULTRICES NON SALARIÉES**

	<b>Salariées</b>	<b>Travailleuses indépendantes</b>	<b>Agricultrices non salariées</b>
Nature de l'indemnisation	Indemnités journalières proportionnelles au revenu	Allocation forfaitaire de repos maternel + Indemnités journalières forfaitaires	Allocation forfaitaire de remplacement
Durée maximum du congé maternité	16 semaines (112 jours)	74 jours	16 semaines (112 jours)
Durée minimum de l'arrêt pour bénéficier de l'indemnisation	8 semaines (56 jours)	44 jours (seules les IJ sont conditionnées à cette durée minimum d'arrêt)	Deux semaines (14 jours)

Source : commission des affaires sociales

## II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

### A. L'AUGMENTATION DE LA DURÉE DU CONGÉ DE MATERNITÉ DES TRAVAILLEUSES INDÉPENDANTES

Le caractère forfaitaire de l'indemnité journalière est globalement avantageux pour les travailleuses indépendantes, notamment lorsqu'elles ont un revenu faible ou moyen. En revanche, la durée minimale d'interruption d'activité de quarante-quatre jours reste faible au regard de l'impératif de protection de la santé de la mère et de l'enfant qui s'attache au congé de maternité. Les travailleuses indépendantes ne sont d'ailleurs pas toujours incitées à s'arrêter pendant une durée satisfaisante en raison de contraintes particulières, liées à la nécessité d'assurer la pérennité de leur activité et à une précarité globalement plus forte que les salariées.

C'est pourquoi le présent article tend à porter à huit semaines la durée minimale d'arrêt de travail des travailleuses indépendantes ouvrant droit au bénéfice du congé de maternité indemnisé <sup>(1)</sup>.

Le **a)** du 1° du **I** modifie le **I** de l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale afin de conditionner à une interruption d'activité de minimum de huit semaines, soit cinquante-six jours :

– le bénéfice des indemnités journalières forfaitaires, aujourd'hui conditionné à une durée d'arrêt de quarante-quatre jours minimum. Cette durée serait donc augmentée de douze jours ;

– celui de l'allocation forfaitaire de repos maternel, actuellement versée sans condition d'arrêt.

La durée minimum d'arrêt de travail des travailleuses indépendantes serait ainsi alignée sur celle des femmes salariées.

Le **b)**, le **c)**, le **d)** du 1° du **I** et le 2° du **I** procèdent à des modifications de nature rédactionnelle aux articles L. 623-1 et L. 623-4 du code de la sécurité sociale, afin de tirer les conséquences de la réécriture du **I** de l'article L. 623-1 par le **a)** du 1° du **I**. Le 3° du **I** procède en outre à la correction d'une erreur matérielle à l'article L. 663-1 du même code, relatif aux règles applicables aux conjointes collaboratrices de travailleurs indépendants en cas de maternité.

Par ailleurs, le Gouvernement s'est engagé à aligner la durée maximum de versement des indemnités journalières sur celle des salariées, soit 112 jours <sup>(2)</sup>. Les travailleuses indépendantes pourront ainsi bénéficier de trente-huit jours de congés indemnisés supplémentaires. Cette dernière mesure relevant du niveau

---

(1) Recommandation n° 3 du rapport précité de Mme Marie-Pierre Rixain.

(2) Recommandation n° 8 du rapport précité de Mme Marie-Pierre Rixain.

règlementaire, l'étude d'impact annexée au présent projet de loi précise qu'un décret doit être publié d'ici la fin de l'année 2018.

## **B. LA CRÉATION D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE FORFAITAIRE POUR LES EXPLOITANTES AGRICOLES NON SALARIÉES NE POUVANT ÊTRE REMPLACÉES**

Le régime d'assurance maternité des exploitantes agricoles est dans l'ensemble moins protecteur que celui des salariées. En effet, l'obligation minimale d'interruption d'activité professionnelle pour bénéficier d'un remplacement n'est que de deux semaines, alors que l'indemnisation du congé de maternité des femmes salariées est conditionnée à un arrêt de travail de huit semaines au moins. Surtout, près de 40 % des exploitantes agricoles ne bénéficient pas de l'allocation de remplacement, soit parce qu'elles n'en font pas la demande, soit parce qu'elles ne trouvent pas de remplaçant en raison d'une activité agricole très spécifique ou d'une carence globale de l'offre de remplacement. Ces agricultrices ne perçoivent alors aucun revenu de remplacement pendant leur arrêt de travail, alors qu'elles ont contribué au financement du risque maladie-maternité.

L'existence de l'allocation de remplacement est justifiée au regard de l'impératif de continuité de l'exploitation. Elle doit donc être maintenue. Pour autant, les agricultrices non salariées qui ne peuvent pas être remplacées doivent pouvoir bénéficier d'une indemnisation, au même titre que les salariées et les travailleuses indépendantes non agricoles.

C'est ce que prévoit le présent article, qui tend à créer une indemnité journalière forfaitaire en cas de maternité, versée lorsque l'allocation de remplacement ne peut pas être attribuée.

Ainsi, le 2° du II réécrit l'article L. 732-10 du code rural et de la pêche maritime afin de prévoir :

- le maintien de l'allocation de remplacement ;
- la mise en place, pour les cheffes d'exploitation ou d'entreprise agricole, d'une indemnité journalière forfaitaire, lorsque leur remplacement ne peut être effectué.

Par ailleurs, le bénéfice de l'allocation de remplacement ou de l'indemnité journalière forfaitaire serait conditionné à une interruption d'activité minimum de huit semaines, contre deux semaines aujourd'hui pour l'allocation de remplacement. La durée minimum d'arrêt de travail des exploitantes agricoles serait ainsi alignée sur celle des femmes salariées <sup>(1)</sup>.

Le a) du 3° du II modifie le premier alinéa de l'article L. 732-10-1 du même code afin d'étendre le bénéfice de l'indemnité journalière aux cas

---

(1) Recommandation n° 4 du rapport précité de Mme Marie-Pierre Rixain.

d'adoption ou d'accueil d'un enfant en vue de son adoption, lorsque les assurés ne peuvent être remplacés. Trois différences sont à noter par rapport aux règles prévues en cas de naissance d'un enfant :

– le bénéficiaire de l'allocation de remplacement ou de l'indemnité journalière forfaitaire peut être le père de l'enfant adopté ;

– l'ensemble des exploitants agricoles non-salariés, quel que soit leur statut (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, aides familiaux, conjoints collaborateurs) serait concerné par la possibilité de bénéficier d'une indemnité journalière, alors que le bénéfice de cette indemnité en cas de maternité ne serait ouvert qu'aux cheffes d'exploitation ou d'entreprise agricole. Cette différence de traitement ne paraît pas justifiée, le bénéfice de l'indemnité devrait être ouvert aux mêmes assurés en cas maternité ou d'adoption ;

– les indemnités journalières seraient attribuées sans condition de durée minimale d'interruption d'activité, alors que cette durée serait de huit semaines en cas de grossesse.

Par ailleurs, en cas d'adoption, un amendement pourrait utilement venir clarifier la rédaction de l'article L. 732-10-1 telle que modifiée par le **a)** du **3°** du **II**, afin de faire clairement apparaître le caractère subsidiaire de l'indemnité journalière forfaitaire par rapport à l'allocation de remplacement.

Le **b)** du **3°** du **II** modifie le second alinéa de l'article L. 732-10-1 précité afin de préciser que la durée maximale d'attribution de l'indemnité journalière est de dix semaines en cas d'adoption ou d'accueil d'un enfant en vue de son adoption.

Deux modifications rédactionnelles visent en outre à tirer les conséquences de la création de l'indemnité journalière forfaitaire :

– à l'article L. 722-10 du code rural et de la pêche maritime, dressant la liste des personnes bénéficiant des dispositions relatives à l'assurance obligatoire maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles, par le **1°** du **II** ;

– à l'article L. 732-12-2 du même code, relatif au versement de l'allocation de remplacement ou de l'indemnité journalière au père en cas de décès de la mère, par le **4°** du **II**.

Enfin, les exploitantes agricoles sont aujourd'hui redevables de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS) sur l'allocation de remplacement, ces contributions n'étant pas prélevées par précompte sur le salaire versé au remplaçant. Le reste à charge financier correspondant à ces prélèvements sociaux s'élève à environ douze euros par journée de remplacement, ce qui s'avère dissuasif et limite le recours à ce dispositif. Aussi, afin de garantir la couverture intégrale des dépenses de

remplacement, l'étude d'impact précise que des dispositions réglementaires seront prises afin de « *supprimer le versement par l'exploitante agricole de la CSG-CRDS [...] Le montant de l'allocation de remplacement sera augmenté d'un montant équivalent à la CSG et à la CRDS, afin de neutraliser son impact pour l'exploitante agricole, et ces contributions seront précomptées par les caisses de MSA afin que l'exploitante n'ait pas à les reverser* ».

### C. ENTRÉE EN VIGUEUR

Les dispositions du présent article s'appliquent aux allocations et indemnités dont le premier versement intervient à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, en application du **III**.

\*  
\* \*

#### *Article 48*

### **Mesures en faveur des travailleurs indépendants : convergence des règles en matière de prestations en espèces vers le régime général**

#### **Adopté par la commission sans modification**

Dans le prolongement de l'adossment du régime social des indépendants au régime général, l'article 48 vise à harmoniser les règles applicables aux travailleurs indépendants avec celles applicables aux salariés.

D'une part, l'article simplifie les conditions d'ouverture du droit aux indemnités journalières maladie et maternité pour les travailleurs indépendants en supprimant la condition d'être à jour des cotisations annuelles pour bénéficier du versement des prestations en espèce, à savoir les indemnités journalières maladie et maternité.

D'autre part, comme pour les salariés du régime général, l'article prévoit que la pension de vieillesse pour inaptitude au travail se substituera automatiquement à la pension d'invalidité des travailleurs indépendants à l'atteinte de l'âge légal de départ à la retraite.

L'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 <sup>(1)</sup> a supprimé le régime social des indépendants (RSI) pour l'adosser au régime général, conformément à un engagement de campagne du Président de la République. Désormais, l'article L. 200-1 du code de la sécurité sociale précise que le régime général couvre, outre les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants pour le versement des prestations en espèces au titre des assurances maladie, maternité, paternité et vieillesse.

Une période de transition d'une durée maximale de deux ans s'est ouverte à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour permettre la reprise des différentes missions du

---

(1) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

RSI par les caisses du régime général. Cette période transitoire est également mise à profit pour parachever l'intégration du régime social des indépendants au régime en harmonisant les règles entre travailleurs indépendants et salariés.

Actuellement, des règles spécifiques propres aux travailleurs indépendants s'appliquent en matière d'indemnités journalières maladie et maternité et de pension d'invalidité, et sont source de complexité dans l'accès aux droits pour les travailleurs indépendants.

## **I. RÈGLES SPÉCIFIQUES APPLICABLES AUX TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS MAINTENUES EN MATIÈRE DE PRESTATIONS EN ESPÈCES**

### **A. CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE ET MATERNITÉ**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et en application de l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale, relèvent du régime général d'assurance maladie-maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles :

– les artisans, industriels et commerçants et les membres des professions libérales ;

– les débitants de tabac, les moniteurs de ski, les loueurs en meublés, de bien meubles et de chambres d'hôtes ;

– sous certaines réserves, le conjoint associé qui participe à l'activité de l'entreprise artisanale ou commerciale.

Les travailleurs indépendants, hors avocats et professionnels libéraux, et leurs conjoints collaborateurs bénéficient, en cas d'incapacité physique temporaire de continuer ou de reprendre une activité professionnelle pour cause de maladie ou d'accident, d'indemnités journalières calculées, servies et liquidées dans les conditions applicables aux salariés, sous certaines conditions.

Comme les salariés, pour bénéficier des indemnités journalières, les travailleurs indépendants doivent justifier :

– d'un avis d'arrêt de travail ;

– d'une affiliation au régime d'assurance maladie maternité des travailleurs indépendants depuis au moins un an ;

- du paiement d'un montant minimal de cotisations.

À ces conditions cumulatives, l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale ajoute une condition propre aux travailleurs indépendants selon laquelle l'assuré doit « être à jour de ses cotisations annuelles dans des conditions fixées par décret. » à la date du constat médical de l'incapacité de travail. Lorsque des



majorations de retard de versement des cotisations restent dues, le bénéfice des indemnités journalières est suspendu dans l'attente du paiement des sommes par l'assuré.

En cas de délais de paiement accordés par la commission de recours amiable ou par le tribunal si l'assuré est en situation de redressement judiciaire, le droit aux indemnités journalières est ouvert au fur et à mesure du respect de l'échéancier et du paiement des cotisations en cours venant à échéance.

## **B. AUTORISATION DE CUMUL D'UNE PENSION D'INVALIDITÉ ET D'UNE PENSION DE VIEILLESSE**

Le régime invalidité-décès des professions indépendantes se caractérise par des règles différentes de celle du régime général. C'est pourquoi la suppression du RSI par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ne conduit pas à remettre en cause les prestations d'invalidité des travailleurs indépendants, même si la gestion opérationnelle sera confiée aux caisses du régime général à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Les travailleurs indépendants se voient appliquer une règle spécifique en matière de substitution de la pension de vieillesse à la pension d'invalidité. Une distinction est faite selon la catégorie d'invalidité à laquelle est rattaché l'assuré invalide.

### **Catégories d'invalidité**

1<sup>ère</sup> catégorie : personnes invalides capables d'exercer une certaine activité professionnelle ;

2<sup>ème</sup> catégorie : personnes invalides dont l'accès à l'emploi est restreint substantiellement et durablement compte tenu de leur état médical ;

3<sup>ème</sup> catégorie : personnes invalides relevant de la seconde catégorie et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

*Source : article 6 du règlement du régime d'assurance invalidité décès des professions industrielles et commerciales.*

– L'assuré bénéficiaire d'une pension pour invalidité totale et définitive qui est considéré comme inapte au travail (catégories 2 et 3) se voit attribuer automatiquement une pension de vieillesse ;

– L'assuré invalide dit de première catégorie, c'est-à-dire capable d'exercer une certaine activité professionnelle ne peut bénéficier d'une pension de vieillesse au titre de l'inaptitude au travail que si des conditions médicales exigées sont réunies.

## **II. ACHÈVEMENT DE L'INTÉGRATION AU RÉGIME GÉNÉRAL PAR HARMONISATION DES RÉGLES APPLICABLES**

### **A. SIMPLIFICATION DES CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE**

Le 1<sup>o</sup> du **I** a pour objet de simplifier les conditions d'ouverture du droit aux indemnités journalières maladie et maternité pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale en modifiant la rédaction de l'article L. 622-3.

La condition d'être à jour des cotisations annuelles pour bénéficier du versement des prestations en espèce, à savoir les indemnités journalières maladie, est supprimée à compter des arrêts de travail débutant à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 (**III** de l'article).

Désormais, le premier alinéa de l'article L. 622-3, dans sa nouvelle rédaction, prévoit le maintien de deux conditions pour pouvoir bénéficier du règlement des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie et maternité :

- la période minimale d'affiliation au régime d'assurance maladie maternité ;
- le paiement d'un montant minimal de cotisations.

Les droits des travailleurs indépendants en cas de maladie ou d'invalidité sont ainsi alignés sur ceux des salariés en harmonisant les conditions d'ouverture du droit aux indemnités journalières.

Pour conserver le caractère contributif des prestations sociales, le second alinéa de l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale prévoit que le calcul des indemnités journalières s'appuiera sur les revenus sur lesquels l'assuré aura effectivement payé ses cotisations. Il s'agit de maintenir l'incitation au versement des cotisations par les travailleurs indépendants. Cette disposition s'appliquera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 (**III** de l'article). L'étude d'impact avance des « *raisons techniques* » pour justifier le délai d'un an d'entrée en vigueur.

### **B. OUVERTURE DES CONDITIONS DE SUBSTITUTION DE LA PENSION DE VIEILLESSE À LA PENSION D'INVALIDITÉ**

Le 2<sup>o</sup> du **I** modifie l'article L. 632-1 du code de la sécurité sociale relatif aux conditions d'attribution d'une pension d'invalidité pour les assurés travailleurs indépendants. L'article rend applicable à tous les travailleurs indépendants bénéficiaires d'une pension d'invalidité, quelle que soit leur catégorie, la disposition de l'article L. 341-15 du même code qui prévoit que la pension d'invalidité « *est remplacée à partir de cet âge [âge légal de départ à la retraite] par la pension de vieillesse allouée en cas d'incapacité au travail* ».

Comme pour les salariés du régime général, la pension de vieillesse pour inaptitude au travail se substituera automatiquement à la pension d'invalidité des travailleurs indépendants à l'atteinte de l'âge légal de départ à la retraite.

### **III. MESURES DIVERSES**

#### **A. CORRECTION DE RÉFÉRENCE**

Le 3° du **I** a pour objet de corriger une erreur de référence au sein de l'article L. 646-4 du code de la sécurité sociale modifié par l'ordonnance du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants <sup>(1)</sup>.

#### **B. MESURE APPLICABLE À MAYOTTE**

L'article 20-10-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est relatif aux conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières pour les travailleurs indépendants à Mayotte.

Le **II** prévoit d'abroger le 2° de l'article 20-10-2 qui concerne la condition d'être à jour des cotisations pour le bénéfice des indemnités journalières par cohérence et parallélisme avec la modification du code de la sécurité sociale au **I** du présent article.

\*

\* \*

---

(1) Ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants

*Article 49*

**Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 49 renforce les mécanismes de recouvrement des prestations indûment versées par les organismes de sécurité sociale, notamment par la consécration d'un principe de fongibilité de l'ensemble des créances. Il serait ainsi possible à l'avenir de procéder à la récupération de ces sommes en opérant une retenue sur toute autre prestation de sécurité sociale.

**I. LE RECOUVREMENT DES PRESTATIONS SOCIALES INDÛMENT VERSÉES : DES DISPOSITIFS VARIÉS DONT L'EFFICACITÉ PEUT ÊTRE RENFORCÉE**

Les « indus », à savoir des prestations sociales qui ont été versées en contradiction avec la législation ou la réglementation en vigueur à la suite d'une erreur ou d'une fraude, font l'objet de modes de recouvrement variés, mais aussi d'un faible taux de récupération.

**A. DES DISPOSITIFS VARIÉS**

La complexité des mécanismes de récupération des « indus » résulte de la combinaison de nombreux dispositifs d'inégale efficacité, d'une part, et de variations subtiles en fonction des branches concernées d'autre part.

• Les outils offerts par le droit des obligations civiles se montrant insuffisants pour assurer un recouvrement effectif des deniers publics indûment versés, le législateur comme le pouvoir réglementaire ont prévu plusieurs modalités de récupération des indus :

– la retenue sur prestations consiste à recouvrer la somme en la soustrayant à une créance à venir ;

– l'opposition à tiers détenteur permet de bloquer les fonds auprès d'un tiers, généralement bancaire, pour s'assurer l'exécution du paiement ;

– la récupération amiable auprès de l'allocataire qui doit en principe procéder par un versement unique, même s'il peut demander des facilités de paiement ;

– la voie forcée lorsque l'organisme de sécurité sociale doté par le législateur pour l'exercice de ses missions de prérogatives de puissance publique peut émettre une contrainte laquelle peut donner lieu à des saisies sur des biens mobiliers ou des comptes bancaires.

Les trois premiers modes de recouvrement sont évidemment privilégiés, et notamment la retenue sur prestations qui permet à l'organisme de s'assurer d'un recouvrement immédiat et sans retard, sous réserve qu'il ait une somme à verser pour l'appliquer.

Ces montants sont généralement non recouverts en dessous d'une certaine somme pour laquelle la démarche serait plus coûteuse que la récupération proprement dite (seuil de récupération) ainsi que dans l'hypothèse où la récupération pourrait empêcher la personne d'avoir un *minimum* pour vivre <sup>(1)</sup>.

• S'agissant plus précisément des prestations financées ou servies par les organismes de sécurité sociale, le droit applicable se singularise par d'importantes distinctions.

Le premier niveau de distinction se situe entre les procédures de recouvrement des avantages en recettes indûment perçus (crédits, allègements, ...) de la sécurité sociale, dont il n'est pas spécifiquement question dans le présent article et qui n'ont pas donc pas vocation à être commentées de manière détaillée dans le présent article, et les procédures de recouvrement des prestations ;

Le second est à rechercher au sein des procédures de recouvrement des prestations, des différences entre les différentes branches : les procédures sont ainsi gouvernées par des articles très différents (article L. 133-4 pour les indus de professionnels dans la branche maladie, article L. 133-4-1 pour les indus d'assurés de la branche maladie, article L. 355-3 pour la branche vieillesse, article L. 553-2 pour la branche famille).

Il faut y ajouter les règles qui trouvent leurs sources en dehors du code de la sécurité sociale pour des prestations servies par les caisses d'allocations familiales mais qui ne sont pas financées par les régimes de sécurité sociale (code de la construction et de l'habitation pour les allocations logement, code de l'action sociale et des familles pour le revenu de solidarité active).

Par ailleurs, chaque branche procède à la retenue sur prestations sur les seules allocations qu'elle verse, ce qui offre des facultés de récupération structurellement meilleures à la branche famille ou vieillesse qu'à la branche maladie dont les versements sont normalement plus ponctuels.

La distinction est d'autant plus sensible que depuis la loi de financement pour 2010 le prélèvement sur prestations est fongible et peut donc s'appliquer sur une autre prestation versée par la caisse que celle sur laquelle portait l'indu initialement <sup>(2)</sup>

---

(1) Fixé au niveau du RSA par les différentes dispositions qui prévoient un tel encadrement.

(2) Loi n° 2009-1673 du 30 décembre 2009 de finances pour 2010

## **B. UN NIVEAU DE RECOUVREMENT À RENFORCER**

- Le niveau de récupération des indus en matières de prestations financées ou servies par des organismes de sécurité sociale demeure insatisfaisant, au regard notamment des objectifs fixés par les conventions d'objectifs et de gestion (COG) de chaque branche pour 2018-2022 : ainsi, au sein de la branche famille, la COG a prévu un recouvrement en 2022 de 86,6 % des indus non frauduleux et de 62,3 % des indus frauduleux <sup>(1)</sup> et celle de la branche maladie espère augmenter de six points le taux de recouvrement des indus frauduleux pour le fixer à 58,73 %.

- D'après l'étude d'impact, le stock d'indus au 31 décembre 2017 s'élevait à 1,4 milliard d'euros pour la branche famille, 600 millions d'euros pour la branche maladie, et 220 millions d'euros pour la branche vieillesse, soit 2,2 milliards d'euros. L'enjeu est donc considérable financièrement.

Or, la retenue qui demeure l'outil privilégié du recouvrement (82 % des récupérations pour la branche famille) demeure limitée par la logique de branche. Les indus de la branche maladie ne peuvent être recouverts sur les prestations à verser de la branche famille. Dans ces conditions, les créances des branches dont le versement peut être très ponctuel comme la branche maladie ne peuvent juridiquement être récupérées auprès des versements ultérieurs d'autres régimes.

- Il existe par ailleurs des vides juridiques dans certains secteurs comme la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) pour lesquels le législateur n'a jamais prévu de modalités précises de récupération, qui ont dès lors lieu dans les conditions de droit commun des obligations civiles.

## **C. L'INSUFFISANCE PERSISTANTE DE LA DISTINCTION ENTRE L'ERREUR ET LA FRAUDE**

Le système de récupération des prestations indûment versées, construit d'abord pour garantir le recouvrement efficace des deniers publics, a conduit à de nombreuses confusions entre :

- d'une part, un certain nombre d'erreurs commises sans malice par l'assuré, d'autant que la législation demeure complexe et que les prestations sous conditions de ressources nécessitent une actualisation constante des déclarations de revenus ;

- et d'autre part, des agissements frauduleux caractérisés par la mauvaise foi et la conscience d'obtenir des prestations sans satisfaire à leurs conditions de versement.

---

*(1) Ces taux sont réalistes dans la mesure où les allocataires ayant indûment bénéficié d'indus à la suite d'une erreur de bonne foi sont davantage enclins à rembourser ces sommes que ceux qui ont délibérément choisi de les obtenir au mépris du droit applicable.*

Si la loi pour un État au service d'une société de confiance <sup>(1)</sup> a instauré à son article 2 un principe général de « *droit à l'erreur* », celui-ci ne s'applique pas au champ social dans la mesure où celui-ci est régi par des dispositions spécifiques du code de la sécurité sociale.

C'est la raison pour laquelle l'article 3 de cette même loi a modifié l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale relatif aux prestations familiales et vieillesse en vue d'écarter toute sanction « *en cas de bonne foi de la personne concernée* ». L'article vise donc clairement désormais la situation où la personne a eu l'intention de frauder.

Il reste néanmoins des secteurs où le pouvoir de sanction de l'organisme n'est pas suffisamment modulable pour, en sens inverse, sanctionner davantage les cas de fraude, et notamment dans le versement des prestations par les caisses d'allocations familiales.

## **II. L'ARTICLE 49 COMPLÈTE LES MÉCANISMES EXISTANTS POUR AMÉLIORER LE TAUX DE RECOUVREMENT DES INDUS**

### **A. APPLICATION DU MÉCANISME RELATIF AUX PROFESSIONS DE SANTÉ AUX PERSONNES LES EXERÇANT ILLÉGALEMENT**

Le 1° du I précise à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale que le recouvrement de l'indu résultant de l'inobservation des règles de tarification et de facturation par un professionnel de santé ou un établissement s'applique aux professionnels faisant l'objet d'une interdiction d'exercer.

Cette disposition lève ainsi toute ambiguïté : une personne exerçant illégalement une profession de santé ne saurait échapper à toute action en recouvrement parce qu'il ne constitue pas un professionnel de santé au sens du code de la sécurité sociale.

### **B. LA FONGIBILITÉ RENFORCÉE DES PRESTATIONS SOCIALES POUVANT FAIRE L'OBJET D'UNE RETENUE PAR L'ORGANISME DE SÉCURITÉ SOCIALE**

Les 2°, 4°, b) du 5°, 6°, 7°, b) du 8°, 9° du I, le II ainsi que le b) du III, complètent respectivement les articles L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale relatif aux prestations maladie, L. 355-3 relatif aux prestations d'assurance vieillesse ou invalidité, L. 553-2 relatif aux prestations familiales, L. 815-11 relatif à l'allocation de solidarité aux personnes âgées, L. 821-5-1 relatif à l'allocation adulte handicapé, l'article L. 835-3 relatif à l'allocation de logement, L. 845-3 relatif à la prime d'activités, L. 262-46 relatif au revenu de solidarité active, L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation relatif à l'aide

---

(1) Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance

personnalisée au logement d'un même nouvel alinéa : celui-ci étend et généralise le principe de la fongibilité en prévoyant une faculté de récupération subsidiaire et conditionnelle sur les autres prestations sociales dont les intéressés bénéficient.

### **1. Les prestations concernées**

La fongibilité ainsi créée concerne les prestations suivantes :

– les prestations maladie, y compris relevant de la protection complémentaire santé (cf. ci-dessous) ;

– les pensions d'invalidité (droits propres et du conjoint survivant) prévues au titre IV du livre III du code de la sécurité sociale ;

– les pensions d'assurance vieillesse ou de veuvage versées par le régime de base en application du titre V du livre III ;

– les prestations familiales prévues à l'article L. 511-1 ;

– les allocations destinées aux personnes âgées prévues au titre I du livre VIII (allocation de solidarité aux personnes âgées et allocation supplémentaire d'invalidité) ;

– l'allocation aux adultes handicapés prévue au titre II du même livre ;

– les allocations de logement en direction des personnes âgées, infirmes, des jeunes salariés et de certaines catégories de demandeurs d'emploi prévues au titre III du même livre ;

– la prime d'activité prévue au titre IV du même livre ;

– l'aide personnalisée au logement prévue à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ;

– le revenu de solidarité active indûment versé dans les conditions prévues à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles.

### **2. Les conditions pour procéder au recouvrement de ces autres prestations**

Pour que l'organisme puisse récupérer l'indu auprès d'un autre organisme de sécurité sociale débiteur, plusieurs conditions doivent être réunies :

– l'indu n'est pas recouvrable sur les prestations dont l'organisme est responsable ;

– l'intéressé ne doit pas contester le caractère indu ; s'il a engagé une procédure de recours administratif ou contentieux, la prestation ne peut donc pas



être recouvrée par une retenue comme dans le droit existant qui précise que la retenue ne peut avoir lieu qu'en l'absence de contestation ;

– l'intéressé ne doit pas avoir opté pour un remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par voie réglementaire et qui ne peut dépasser douze mois ; le droit reprend donc les dispositions qui permettent d'effectuer le versement de son propre chef avant qu'une retenue soit opérée ;

– l'intéressé doit donner son accord ; cette mesure se révèle particulièrement protectrice de l'allocataire, qui peut avoir des raisons de préférer ce prélèvement plutôt qu'un autre mode de recouvrement plus contraignant mais aussi le paiement direct ;

– l'intéressé ne doit pas être débiteur au titre de sommes indûment perçues ; il s'agit ainsi de préserver un droit de priorité de chaque branche sur les prestations qu'elle a à recouvrer sur les sommes à verser.

### **3. Les modalités concrètes de recouvrement**

Les sommes sont récupérées selon les règles applicables aux prestations sur lesquelles la retenue est opérée : la délégation du recouvrement de la créance ne sera ainsi jamais préjudiciable aux droits de l'assuré au sein de la branche principalement concernée. Ainsi, le barème mensuel applicable aux récupérations dans la branche famille sera applicable même si le recouvrement est réalisé pour le compte des organismes des branches maladies ou vieillesse.

Les conditions d'application et le traitement comptable des opérations sont effectués dans des conditions fixées par un décret simple. Il s'agit en effet de prévoir avec précision les modalités de ces opérations pour compte de tiers dans le cadre de cette délégation de la mission de recouvrement d'un organisme vers un autre.

Le 3° du I° complète l'article L. 161-17-1-1 qui fixe les droits et procédures relatifs aux prestations de retraite qui font l'objet d'une information par voie électronique par les organismes gestionnaires des systèmes de retraite de base et complémentaire obligatoires, en y ajoutant une référence à l'article L. 355-3 sur les procédures de recouvrement des trop-perçus.

L'enjeu de la construction d'un système informatique fiable à partir du répertoire nationale commun de la protection sociale est évidemment essentiel dans la bonne mise en œuvre de la réforme.

Au terme de ces changements, la fongibilité pourrait rapporter 100 millions d'euros aux régimes de sécurité sociale chaque année à partir de 2020.

### **C. LE RENFORCEMENT DES SANCTIONS EN CAS DE FRAUDE AUX PRESTATIONS**

Le **a)** du **5°** complète le troisième alinéa de l'article L. 553-2 relatif aux indus en matière de prestations sociales afin de créer une nouvelle sanction en cas de fraude constatée par le directeur de la caisse d'allocations familiales : celui-ci pourra majorer la retenue sur prestations d'un montant fixé par décret et qui ne pourra excéder 50 % des montants dus en cas de première faute, 100 % en cas de réitération de celle-ci dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu.

Il est ainsi autorisé par le législateur à surmonter le barème mensuel maximal de récupération applicable au sein de la branche famille lorsque l'allocataire est particulièrement indélicat.

Le **a)** du **8°** et le **a)** du **III** créent un dispositif similaire respectivement pour l'allocation de logement des personnes âgées, infirmes, des jeunes salariés et de certaines catégories de demandeur d'emploi et pour l'aide personnalisée au logement.

L'aggravation de ces sanctions pourrait conduire, d'après l'étude d'impact, à une augmentation de 36 millions d'euros des produits en 2019 et 2020 puis le double à compter de 2021.

### **D. CRÉATION D'UN MÉCANISME DE RÉCUPÉRATION AUPRÈS DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES**

Le **10°** du **I** complète l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale relatif à la protection complémentaire santé en vue d'assurer un meilleur recouvrement des sommes avancées par les caisses primaires d'assurance maladie dans le cadre du tiers payant et à recouvrer auprès des organismes complémentaires : une majoration nouvelle de 10 % deviendrait applicable aux sommes dues par les organismes complémentaires aux organismes d'assurance maladie lorsque celles-ci n'ont pas été réglées dans le délai prévu.

Il renvoie également au pouvoir réglementaire les conditions dans lesquelles le directeur de la caisse peut délivrer une contrainte afin de recouvrer les sommes dues. Les conditions fixées sont les mêmes que lorsque la procédure de recouvrement est engagée contre un bénéficiaire de prestations.

Ce faisant, le droit proposé fait donc utilement converger l'ensemble des procédures de récupération des indus.

En cohérence, le **b)** du **12°** précise l'applicabilité de cette nouvelle sanction dans le cadre de l'aide à la complémentaire santé.

D'après l'étude d'impact, cette mesure pourrait rapporter 5 millions d'euros par an à compter de 2019.

## **E. L'APPLICATION DES RÈGLES DE RECouvreMENT A L'ENSEMBLE DU CHAMP DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE**

Le **a**) du **11**<sup>o</sup> tire les conséquences de la fusion entre la CMU-c et l'aide à la complémentaire santé <sup>(1)</sup> à l'article L. 861-10 du code la sécurité sociale : il permet de recouvrer les sommes indûment perçues dans le cadre de la protection sociale complémentaire unifiée dans les conditions prévues pour les prestations maladie, et notamment par la délivrance d'une contrainte, le cas échéant. L'ensemble du dispositif étant confié à l'assurance maladie, le recouvrement de ces sommes incombe entièrement désormais aux directeurs des CPAM.

Le **b**) du **11**<sup>o</sup> assure une coordination avec la nouvelle rédaction de l'article L. 160-11, issue de la LFSS pour 2017 <sup>(2)</sup>.

En cohérence, le **a**) du **12**<sup>o</sup> précise à l'article L. 863-7-1 relatif à l'aide à la complémentaire santé que le recouvrement des sommes versées indûment dans ce cadre peut s'effectuer dans les conditions prévues pour les prestations maladie, et notamment la délivrance d'une contrainte.

## **F. LA TRANSPOSITION DES DISPOSITIFS A MAYOTTE ET SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON**

Le département de Mayotte et la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon ne relèvent pas de plein droit des dispositions du code de la sécurité sociale dans les domaines concernés par cet article. C'est pourquoi celui-ci procède aux coordinations avec ces textes spécifiques permettant d'assurer l'applicabilité des dispositifs précités dans ces deux territoires.

- Le **IV** assure l'adaptation, à droit constant, des dispositions avec différentes ordonnances relatives à Mayotte tant pour la transposition de la fongibilité des prestations, que pour les majorations applicables par les directeurs de caisses d'allocations familiales en cas de fraude sur des prestations dont ils assurent la gestion.

Le **1**<sup>o</sup> du **A** et le **D** créent au-delà de la stricte transposition des dispositions jusqu'ici inexistantes en matière de recouvrement des prestations maladie et AT-MP, en reproduisant les dispositions de l'article L.133-4-1 avec les modifications nécessaires.

- Le **V** fait de même pour les ordonnances spécifiques qui régissent le droit social à Saint-Pierre-et-Miquelon <sup>(3)</sup>.

---

(1) Pour plus de détails sur cette mesure, on pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 34.

(2) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017

(3) L'article L. 133-4-1 est transposé dans l'ordonnance au **1**<sup>o</sup> du **A** du **V**.

## G. UNE ENTRÉE EN VIGUEUR ÉCHELONNÉE

L'ensemble des nouvelles dispositions entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019 à la notable exception de celles qui concernent la fongibilité qui entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020. La technicité et le besoin d'opérabilité des systèmes d'information des différents organismes au sein du répertoire national commun de la protection sociale nécessitent en effet un délai supplémentaire.

\*

\* \*

### *Article 50*

#### **Modernisation de la délivrance des prestations sociales**

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 50 s'inscrit dans le cadre des recommandations du rapport remis au Premier ministre sur « La juste prestation » et vise :

– en premier lieu, à mettre en place une déclaration sociale nominative, complémentaire de la DSN préexistante, pour les organismes versant des sommes imposables autre que celles déjà transmises *via* la DSN et pour les organismes versant des prestations sociales ;

– en deuxième lieu, il confie à tous les organismes de sécurité sociale une nouvelle mission de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs ;

– ensuite, pour le calcul des allocations de logement, il autorise la prise en compte de revenus de périodes de référence différentes en fonction de leur nature ;

– enfin, une base de ressources transitoire communes aux organismes de sécurité sociale regroupant directement les données issues des diverses déclarations est créée.

Il s'inscrit dans le cadre d'une réforme plus globale de modernisation des prestations sociales visant à actualiser, au plus près des situations réelles, les bases ressources utilisées pour le calcul des prestations sociales, dont la finalité pourrait être la création d'une allocation sociale unique ou la mise en place d'un versement unique des prestations.

Dans le prolongement de la mise en place du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu, la perspective d'une modernisation de la gestion des prestations sociales a été lancée par le ministère en charge des affaires sociales et du budget.

La préparation de cette réforme a fait l'objet de deux rapports :

– un premier réalisé en application de l'article 112 de la loi de finances pour 2017 <sup>(1)</sup>, par l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) intitulé « *La modernisation de la délivrance des prestations sociales* » et remis en juin 2017 ;

– un second remis au Premier ministre en septembre 2018 dans le cadre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté et confié à Christine Cloarec-Le Nabour et Julien Damon consacré à la « *juste prestation* » <sup>(2)</sup>.

Deux objectifs principaux sont poursuivis dans le cadre de la réforme de la modernisation du versement des prestations sociales. D'une part, simplifier et automatiser le processus déclaratif pour les allocataires et bénéficiaires des prestations. D'autre part, rendre plus fiables les données déclarées à partir desquelles sont calculées les prestations pour les administrations et organismes concernés.

## I. ÉTAT DU DROIT

### A. LES BASES RESSOURCES DES PRESTATIONS SOCIALES SONT HÉTÉROGÈNES ET SOURCE D'ERREURS

Le système actuel de délivrance des prestations sociales ne remplit pas les critères pour garantir une « *juste prestation* » qui est une « *prestation exacte, calculée et versée sans erreurs* » pour reprendre le constat du rapport remis au Premier ministre par Christine Cloarec-Le Nabour et Julien Damon <sup>(3)</sup>.

Au cœur du système de délivrance des prestations sociales, deux particularités ont été identifiées comme source de dysfonctionnements dont découle un problème d'accès au droit pour les bénéficiaires des prestations :

– le système déclaratif faisant reposer sur les allocataires une grande partie de la gestion de leur dossier ;

– le décalage temporel entre la période de référence pour l'appréhension des bases ressources et la délivrance de la prestation.

Il en résulte un système peu réactif et, en conséquence, injuste.

---

(1) Article 112 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 : cet article réforme l'impôt sur le revenu en instituant le prélèvement à la source à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 (version d'origine)

(2) Christine Cloarec-Le Nabour et Julien Damon, « La juste prestation. Pour des prestations et un accompagnement ajustés », *Septembre 2018*.

(3) Christine Cloarec-Le Nabour et Julien Damon, « La juste prestation. Pour des prestations et un accompagnement ajustés », *Septembre 2018*.

## 1. La prédominance du caractère déclaratif des ressources est source d'indus ou de non-recours aux prestations sociales

Selon les auteurs du rapport précité, « *le caractère déclaratif du système de gestion des prestations est l'un de ses principaux problèmes.* » Aujourd'hui, le système des prestations sociales repose majoritairement sur les déclarations que font les allocataires pour bénéficier de l'ouverture des droits à prestation ou le renouvellement de leur dossier.

Or, le système déclaratif est l'une des principales sources d'erreurs dans le versement des prestations pouvant donner lieu à des indus. Selon la Cour des comptes <sup>(1)</sup>, en 2017, le montant agrégé des erreurs, en faveur ou au détriment des bénéficiaires, qui affectent les prestations versées par les Caisses d'allocations familiales (CAF) et qui ne seront pas corrigées dans le délai de 24 mois de prescription des indus non frauduleux, était estimé à 2,8 Mds d'euros.

Aussi, la multiplication et la répétition des déclarations pour ajuster les bases ressources prises en compte ne feraient qu'accroître le risque d'erreurs. C'est pourquoi l'automatisation est recherchée *via* une dématérialisation des procédures et une systématisation des échanges de données.

## 2. Le décalage temporel entre les bases ressources et le versement de certaines prestations sociales est source d'iniquité et d'inefficience

Les périodes de référence d'appréciation des ressources diffèrent très largement selon les prestations, en lien avec des règles de détermination des bases ressources très différentes. Ainsi, les prestations sous conditions de ressources prennent en compte des revenus différents, selon des calendriers très variables comme l'illustre le tableau ci-dessous :

Prestation	Appréhension des ressources	Période de référence	Fréquence de réexamen
AAH <sup>(2)</sup> sans activité	Par la déclaration fiscale	Année civile N-2	Annuelle
AAH avec activité	Déclaration du demandeur	3 derniers mois	Trimestrielle
Aides au logement	Par la déclaration fiscale	Année civile N-2	Annuelle
ASS <sup>(3)</sup>	Déclaration du demandeur	12 derniers mois	Semestrielle
CMU-C ACS	Déclaration du demandeur	12 derniers mois	Annuelle
Prestations familiales sous conditions ressources	Par la déclaration fiscale	Année civile N-2	Annuelle
RSA, prime d'activité	Déclaration du demandeur	3 derniers mois	Trimestrielle

Source : « La juste prestation. Pour des prestations et un accompagnement ajustés », Christine Cloarec-Le Nabour et Julien Damon, septembre 2018.

(1) Cour des comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », octobre 2018.

(2) AAH : allocation adulte handicapé.

(3) ASS : allocation de solidarité spécifique.

Pour les aides au logement par exemple, il existe un décalage de deux ans entre les revenus pris en compte pour le calcul des aides et leur versement effectif.

Des mécanismes de compensation ont été instaurés afin d'ajuster au mieux les prestations à la situation contemporaine des allocataires dans les cas où le décalage temporel leur serait préjudiciable. Toutefois, ces mécanismes correcteurs présentent l'inconvénient d'être asymétriques en ce qu'ils ne compensent que les événements défavorables pour la situation financière des ménages, tels une perte d'emploi ou une séparation. En cas de hausse des revenus, la prise en compte de la nouvelle situation n'est pas systématique ce qui engendre un déséquilibre en termes de finances publiques.

Le rapport précité sur « *La juste prestation* » en conclut qu'« *élaborer la contemporanéité sans l'automatisation de l'acquisition des ressources et des situations professionnelles est inconcevable. La condition indispensable à une réactivité plus importante des droits versés réside dans l'automatisation de l'acquisition des informations relatives à la situation des bénéficiaires.* »

## **B. LA MISE EN PLACE DE LA DÉCLARATION SOCIALE NOMINATIVE ET DU PRÉLÈVEMENT À LA SOURCE CONDUIT À REPENSER LA GESTION DES PRESTATIONS SOCIALES**

### **1. La déclaration sociale nominative est un outil incomplet à ce jour pour le calcul des bases ressources des prestations sociales**

#### ***a. Une déclaration sociale unique qui est utilisée par la quasi-totalité des employeurs privés***

La déclaration sociale nominative (DSN) est une déclaration sociale et fiscale instaurée par la loi du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit <sup>(1)</sup> en application du principe « *dites-le nous une fois* » selon lequel les administrations ne peuvent demander une seconde fois des données déjà obligatoirement déclarées à l'une d'entre elles.

La DSN répond à un objectif de simplification pour les entreprises et pour les organismes de protection sociale. La DSN est constituée d'une déclaration mensuelle dématérialisée, directement issue du logiciel de paie, émise par les établissements employeurs de salariés. Elle est complétée par des déclarations événementielles fournissant des signalements au cours du mois sur des changements de situations : un arrêt ou une reprise du travail à la suite d'un arrêt maladie, maternité ou paternité, l'interruption d'un contrat de travail de plus d'un mois.

Elle se substitue à la quasi-totalité des déclarations sociales préexistantes tout en réduisant le nombre d'informations demandées.

---

(1) Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives

### **Les déclarations sociales remplacées par la DSN <sup>(1)</sup>**

Vingt-neuf déclarations sociales ont été intégrées à la déclaration sociale nominative. Ce sont autant de formalités qui, auparavant, devaient être effectuées auprès de plusieurs organismes de manière généralement distincte, parfois redondante et à des échéances non coordonnées : mensuelles, trimestrielles ou annuelles.

- la déclaration annuelle des données sociales unifiée (DADS-U) : transmission des effectifs employés et des salaires versés ;
- quinze déclarations visant la collecte des prélèvements sociaux par les URSSAF, le régime agricole, trois régimes spéciaux de sécurité sociale et les régimes légalement obligatoires de retraite complémentaire des salariés ;
- les déclarations d’affiliation et de cotisations ou primes d’assurance et les déclarations de radiation aux mutuelles, aux sociétés d’assurance et aux institutions de prévoyance ;
- quatre déclarations ayant pour objet le versement de prestations sociales (droits aux allocations chômage, versement des indemnités journalières liées à des arrêts de travail)
- deux déclarations retraçant l’évolution du contrat de travail à des fins statistiques.

Selon la nature des données et des organismes qui en sont destinataires, les données sont distribuées par l’ACOSS ou par la CNAV (régime général) ou bien par la MSA (régime agricole) :

– s’agissant des entreprises relevant du régime général, le portail internet dédié transmet les données reçues à l’ACOSS. Après un premier contrôle, ces données sont transmises à la CNAV qui réalise à son tour un contrôle de deuxième niveau. Une fois l’étape de contrôle terminée, la CNAV affecte les données qui les concernent à l’ACOSS, la CNAM, la DARES, à la DGFIP et à Pôle emploi tandis que l’ACOSS transmet directement à l’AGIRC-ARRCO et aux autres organismes de protection sociale complémentaire ;

– pour les entreprises du régime agricole, la MSA reçoit directement les données du portail internet dédié puis les traite et recouvre les prélèvements sociaux.

La DSN est aujourd’hui utilisée par la quasi-totalité des entreprises. Selon les chiffres de la Cour des comptes, en mars 2018, 1,6 million d’entreprises et 2 millions d’établissements, comptant 19,8 millions de salariés, transmettaient leurs déclarations par DSN, tous régimes confondus. S’agissant du régime général, 35 000 entreprises restaient en dehors du dispositif en mars 2018, ce qui représente 4 % de la cible.

---

(1) *Cour des comptes*, « Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale », octobre 2018.



### **Cas des employeurs publics**

Initialement prévue pour entrer en vigueur au même moment que pour l'ensemble des entreprises, la DSN applicable à la fonction publique a été retardée une première fois au 1<sup>er</sup> janvier 2020 par l'ordonnance du 18 juin 2015 relative à la simplification des déclarations sociales des employeurs.

Un nouveau report a été décidé pour permettre le déploiement en priorité du prélèvement à la source au 1<sup>er</sup> janvier 2019. Un amendement du Gouvernement au projet de loi pour un État au service d'une société de confiance dispose que l'entrée des trois fonctions publiques en DSN interviendra au plus tard en 2022 et pas avant 2020.

#### ***b. La DSN permet de transmettre des données, non exhaustives, sur les revenus des salariés***

Les DSN mensuelles sont constituées d'informations financières agrégées au niveau de l'établissement ou de l'entreprise et d'informations nominatives. L'information est structurée autour de l'identité du déclarant, la période déclarée, l'identification de l'individu recevant le versement par son numéro d'inscription au répertoire (NIR) et du montant du versement.

La DSN indique ainsi principalement les activités et salaires du mois de paie précédent permettant de connaître à partir du 15 du mois M+1 les salaires versés au mois M. En cas d'erreur, les DSN peuvent être corrigées par les employeurs, mensuellement, sans attendre la fin de l'année.

Certains salaires ne sont pas déclarés en DSN :

– ceux versés par des particuliers employeurs pour des services à la personne ;

– ceux versés par une entreprise en redressement judiciaire.

En outre, la DSN ne couvre pas les revenus de remplacement des personnes amenées à solliciter le bénéfice de prestations sociales. La DSN ne permet pas non plus de prendre en compte des évolutions en matière de situation de famille, telle que la situation matrimoniale et la charge d'enfants. Or, ces évolutions ont un impact potentiel important sur l'ouverture des droits à prestation. En l'état, les seules données transmises par la DSN ne permettraient pas de réaliser l'automatisation des déclarations nécessaire à l'ouverture des droits aux prestations sociales lesquelles reposent sur des bases ressources plus étendues.

## **2. Focus sur la réforme annoncée des aides personnalisées au logement**

Selon le projet annuel de performance « Aide à l'accès au logement » annexé projet de loi de finances pour 2019 : « *la deuxième étape de cette réforme structurelle engagée par le Gouvernement en 2019, dite de « contemporanéisation des ressources » vise à calculer et verser les aides personnalisées au logement*

*(APL) sur la base des revenus contemporains, en lieu et place des données fiscales ayant deux ans d'ancienneté. Cette actualisation des ressources prises en compte pour calculer les APL permettra de déterminer de façon plus juste le montant d'aide à verser au bénéficiaire, en s'adaptant de manière réactive – tous les trimestres – à l'évolution de ses ressources. Elle se fera de manière automatique en s'appuyant sur les informations relatives aux salaires et aux revenus de remplacement issus des déclarations sociales nominatives et des systèmes d'information spécifiques mise en place dans le cadre du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu. Cette réforme permettra de réaliser une économie de 0,9 Md€. »*

## **II. DISPOSITIF PROPOSÉ**

Cet article s'inscrit dans le cadre des recommandations du rapport remis au Premier ministre sur « La juste prestation »<sup>(1)</sup> et vise :

– en premier lieu, à mettre en place une déclaration sociale nominative, complémentaire de la DSN préexistante, pour les organismes versant des sommes imposables autre que celles déjà transmises via la DSN et pour les organismes versant des prestations sociales ;

– en deuxième lieu, il confie à tous les organismes de sécurité sociale une nouvelle mission de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs ;

– ensuite, pour le calcul des allocations de logement, il autorise la prise en compte de revenus de périodes de référence différentes en fonction de leur nature ;

– enfin, une base de ressources transitoire communes aux organismes de sécurité sociale regroupant directement les données issues des diverses déclarations est créée.

Il s'inscrit dans le cadre d'une réforme plus globale de modernisation des prestations sociales visant à actualiser, au plus près des situations réelles, les bases ressources utilisées pour le calcul des prestations sociales, dont la finalité pourrait être la création d'une allocation sociale unique ou la mise en place d'un versement unique des prestations.

### **A. MISE EN PLACE D'UNE DÉCLARATION NOMINATIVE COMPLÉMENTAIRE POUR LES PRESTATIONS SOCIALES**

Le 1<sup>o</sup> du I vise à mettre en place une déclaration nominative spécifique, visant à connaître, outre les revenus déclarés dans le cadre de la déclaration sociale nominative, les revenus de remplacement des allocataires sollicitant le

---

(1) Christine Cloarec-Le Nabour et Julien Damon, « La juste prestation. Pour des prestations et un accompagnement ajustés », Septembre 2018.

versement de prestations sociales ainsi que les informations relatives au versement de ces prestations. L'objectif est de permettre aux « *organismes de sécurité sociale de pouvoir récupérer de manière sûre et simplifiée les données relatives aux ressources mensuelles des assurés ou allocataires qui sollicitent des prestations* <sup>(1)</sup> ».

Cette déclaration a vocation à devenir l'extension « sociale » de la déclaration PASRAU qui à l'origine a été conçue pour compléter la DSN en vue du prélèvement à la source et est purement fiscale. La déclaration nominative complémentaire sera calquée sur la déclaration PASRAU, avec la même gouvernance et le même fonctionnement pour les organismes concernés.

Il insère un II *bis* à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale relatif à la déclaration sociale nominative qui prévoit le remplissage mensuel d'une déclaration sociale nominative complémentaire par

– tout organisme versant des sommes imposables autres que les salaires transmis *via* la déclaration sociale nominative : ce sera essentiellement les revenus de remplacement ;

– tout organisme versant des prestations sociales non imposables, y compris au titre de la protection sociale complémentaire dont la liste sera fixée par décret.

Cette déclaration, effectuée par voie électronique, contiendra pour chaque personne contributive des informations relatives au versement des prestations sociales et des sommes perçues. Il est précisé que chaque allocataire sera tenu informé du flux d'informations relatif à ses versements. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget en fixera les modalités chaque année.

Un organisme dédié, désigné par décret, sera chargé de la réception des déclarations mensuelles et de la gestion de la déclaration nominative complémentaire. La déclaration étant un prolongement de la déclaration PASRAU, sa gouvernance sera partagée.

L'utilisation pouvant être faite des données issues de cette déclaration est strictement et limitativement énumérée au deuxième alinéa du II *bis* :

– recouvrement des cotisations, des contributions sociales et de certaines impositions ;

– vérification de leur montant ;

– ouverture et calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales ;

---

(1) *Étude d'impact*, p. 454.

– accomplissement, par les administrations et organismes destinataires, de leurs missions.

Le dernier alinéa ouvre la possibilité de transmettre cette déclaration pour accomplir les formalités déclaratives incombant aux personnes tenues d'effectuer la retenue à la source. En application de l'article 87-0 A du code général des impôts, qui entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019, les personnes tenues d'effectuer la retenue à la source déclarent chaque mois à l'administration fiscale des informations relatives au montant prélevé sur le revenu versé à chaque bénéficiaire.

Le 2<sup>o</sup> modifie l'article L. 133-5-4 du code de la sécurité sociale visant à sanctionner le défaut de production de la déclaration sociale nominative de l'article L. 133-5-3 en élargissant à « *chaque personne* » et non plus à « *chaque salarié ou assimilé* » le constat du défaut de déclaration et l'application de la pénalité.

Le **IV** précise que « *les données issues de cette déclaration sont conservées pendant la durée nécessaire à l'ouverture et au calcul des prestations et pour la gestion desquelles ces données sont utilisées.* » Le **B** du **VI** fixe l'entrée en vigueur de cette disposition au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2020 à une date fixée par décret.

## **B. FAIRE DE LA LUTTE CONTRE LE NON-RECOURS AUX PRESTATIONS UNE MISSION DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**

Les 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup> et le **II** visent à élargir les missions des organismes de sécurité sociale pour intégrer une dimension d'accès aux droits et de lutte contre le non-recours en précisant que le rôle des caisses est : « *De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et de ses ressortissants.* »

– Le 3<sup>o</sup> modifie l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale relatif au rôle de la Caisse nationale d'assurance maladie en insérant un 4<sup>o</sup> *bis* qui précise le nouveau rôle de la caisse ;

– Le 4<sup>o</sup> introduit la même modification à l'article L. 222-1 relatif au rôle de la Caisse nationale d'assurance vieillesse par l'insertion d'un 4<sup>o</sup> *bis*.

– Le 5<sup>o</sup> modifie dans le même sens l'article L. 223-1 relatif au rôle de la Caisse nationale d'assurance famille par le rétablissement d'un 4<sup>o</sup>.

– Le **II** modifie l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime par l'insertion d'un 10<sup>o</sup> *bis* précisant le nouveau rôle de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

### C. ÉVOLUTION DE LA BASE DE CALCUL POUR LES ALLOCATIONS LOGEMENT

La réforme du versement des aides personnalisées au logement (APL) vise à calculer et verser ces aides sur la base de revenus contemporains, en lieu et place des sommes imposables au titre de l'impôt sur le revenu qui ont deux années d'ancienneté.

Les règles de définition de la base ressources des APL étant de nature réglementaire<sup>(1)</sup>, la « contemporanéisation » des ressources prises en compte pour l'ouverture des droits aux APL sera réalisée par décret.

Cependant, certains revenus pris en compte dans le calcul des ressources pour le versement des APL ne peuvent structurellement pas être intégrés automatiquement à la base ressource en raison de leur nature. Il s'agit des revenus du patrimoine et des revenus des travailleurs indépendants. Dans ce dernier cas, les revenus des micro-entrepreneurs ne sont pas connus mensuellement mais par année civile. Pour que ces revenus puissent continuer à être pris en compte dans la base ressources des APL, il est nécessaire que le législateur autorise une certaine désynchronisation entre ces revenus résiduels et les autres revenus dont la prise en compte sera contemporaine à leur perception.

Les 6°, 7° et III prévoient ainsi que pour la détermination de la base ressources des APL : « *Les conditions de prise en compte des ressources notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature.* »

– Le 6° modifie en ce sens le 1° du I de l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'allocation de logement familiale ;

– Le 7° modifie également l'article L. 831-4 du même code relatif à l'allocation de logement des personnes âgées, des infirmes, des jeunes salariés et de certaines catégories de demandeur d'emploi ;

– Le III complète dans le même sens le 2° de l'article L. 351-3 du code de la construction et de l'habitation relatif au calcul du montant de l'aide personnalisée au logement.

### D. MISE EN PLACE D'UNE BASE DE DONNÉES TRANSITOIRE

Le V prévoit qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 et jusqu'au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020 une « *base des ressources commune aux organismes de sécurité sociales* » sera créée et utilisée par ces mêmes organismes pour l'attribution de prestations ou pour leur calcul, en fonction des ressources des assurés ou allocataires.

---

(1) Article L. 542-2 du code de la sécurité sociale : « (...) La détermination et les conditions de prise en compte des ressources et de la valeur du patrimoine sont définies par décret (...) ».

La création de cette base de données transitoire s'inscrit dans un projet global qui sera mis en œuvre en deux temps. Dans un premier temps, la base de données sera limitée au calcul de la base ressources des APL et à leur versement avant d'être élargie au RSA et à la prime d'activité, à l'allocation aux adultes handicapés ainsi qu'aux prestations familiales, à l'allocation de solidarité aux personnes âgées ou encore aux pensions de réversion.

Selon l'étude d'impact, « *les contraintes de développement informatique nécessitent la mise en place d'un dispositif technique transitoire afin d'éviter le décalage de la mise en œuvre de la réforme* » du volet APL. Il s'agit également pour l'administration de se mettre en conformité avec les recommandations de la Commission nationale de l'information et des libertés (CNIL).

Le contenu de la base ressources est alimenté par les données relatives aux ressources issues de la DSN et de la déclaration nominative complémentaire prévues à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale. Ces données concernent à la fois les allocataires de prestations et les bénéficiaires potentiels.

Le traitement des données de la base ressources est assuré par les personnels des organismes de sécurité sociale qui sont « *destinataires de seules données strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions pour les allocataires relevant de leur champ de compétence* ». Un décret en Conseil d'État définira les conditions de traitement de ces données.

Les personnes demandant ou bénéficiant d'une prestation dont les données sur les ressources figurent dans la base ressources ont un certain nombre de droits vis-à-vis de leurs données :

- ces données leur étant opposables pour la gestion de leurs prestations, les personnes concernées peuvent faire rectifier une erreur par la personne ayant assuré le versement et la déclaration des ressources concernées ;

- elles en sont individuellement informées ;

- toutefois, elles ne peuvent faire valoir le droit d'opposition à ce traitement de données.

## **E. MESURES DIVERSES**

Le C du VI vise à prévoir un flux spécifique d'information relatif aux revenus de 2018 entre la DGFIP et la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour la détermination du versement des aides au logement en 2019. Ce flux mensuel permettra d'intégrer les revenus de 2018 qui ne seront pas pris en compte au titre du revenu fiscal de référence lequel est calculé sur les revenus en N-2 ni au titre de la déclaration PASRAU qui s'appliquera qu'à partir des revenus de 2019. Pour éviter un vide déclaratif pour l'année 2018, cet alinéa lève le secret fiscal pour permettre

l'échange de données entre l'administration fiscale et les organismes de sécurités sociales concernées par le versement des APL.

\*

\* \*

#### **TITRE IV DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES**

##### *Article 51*

#### **Dotation de l'assurance-maladie au FMESSP, à l'ONIAM, et de la CNSA aux ARS**

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 51 porte approbation des dotations annuelles de la branche assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESSP) et à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) ainsi que celle de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour le financement des agences régionales de santé (ARS).

#### **1. Une dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) significativement rehaussée pour la deuxième année consécutive dans le cadre du plan Santé 2022**

● Créé par l'article 40 de la LFSS pour 2001 <sup>(1)</sup>, le FMESPP, dépourvu de personnalité juridique et géré en pratique par la Caisse des dépôts et consignations, finance les dépenses d'investissement des établissements de santé et de leurs groupements, ainsi que l'Agence technique de l'information et de l'hospitalisation (ATIH) et le groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés (ASIP).

Ses ressources proviennent exclusivement d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

● Le I prévoit ainsi une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESSP) <sup>(2)</sup> de 647 millions d'euros.

Ce chiffre est doublement significatif :

---

(1) Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001

(2) Les missions du FMESPP sont sommairement présentées dans le commentaire de l'article 3 du projet de loi ainsi que dans son annexe 8.

– il est en augmentation importante par rapport à la dotation de 2018 (446 millions d’euros) ;

– cette dotation pour 2018 avait quasiment multiplié par huit celle de l’année précédente (60 millions d’euros).

Il permettra de mettre en œuvre la modernisation et le renouvellement des équipements techniques et de l’immobilier hospitalier, dans le prolongement des plans Santé 2018-2022 et « Ma Santé 2022 », participant ainsi aux 920 millions d’euros de dépenses d’investissement supplémentaires annoncés.

Cette hausse est intégrée au périmètre de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie.

## **2. La dotation de la caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) aux agences régionales de santé**

● Créée par la loi du 30 juin 2004 <sup>(1)</sup>, la CNSA a pour mission de financer l’accompagnement de la perte d’autonomie des personnes âgées et handicapées au domicile ou en établissement, ainsi que l’appui aux acteurs sur le terrain.

Outre les concours aux conseils départementaux, notamment au titre du co-financement des prestations, elle finance *via* le budget des ARS des actions de prise en charge et d’accompagnement en faveur des personnes âgées et handicapées <sup>(2)</sup>.

● Le **II** prévoit par conséquent une contribution de la caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) au financement de ces agences régionales de santé (ARS) de 137 millions d’euros, en hausse par rapport à 2018 (131,7 millions d’euros)

## **3. L’office national d’indemnisation des accidents médicaux**

● Créé par la loi du 4 mars 2002, l’ONIAM assure au titre de la solidarité nationale l’indemnisation des préjudices liés, d’une part, aux accidents médicaux non fautifs et à différentes contaminations (VIH, VHC, VHB, HTLV) sur financement de la branche maladie du régime général et, d’autre part, des mesures sanitaires d’urgence, des vaccinations obligatoires, et les dispositifs d’indemnisation du *benfluorex* et des médicaments dérivés du valproate de sodium <sup>(3)</sup> sur financement de l’État. Son financement est en effet partagé entre l’assurance maladie et l’État.

---

(1) Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l’autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

(2) Cette contribution s’impute sur la section I de ses comptes, relative au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

(3) Cette prise en charge résulte de l’article 150 de la loi de finances pour 2017.



● Le **III** prévoit une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) à hauteur de 155 millions d'euros, en nette hausse par rapport à 2018 (105 millions d'euros).

Cette hausse importante des produits sera accompagnée d'une subvention de l'État globalement stable (78 millions d'euros contre 79 millions en 2018), de ressources propres en hausse liées à un meilleur recouvrement des créances (28 millions d'euros contre 23 millions en 2018) et à d'importantes reprises sur provisions (16,5 millions d'euros au lieu de 14 millions d'euros).

Cette hausse de 57 millions d'euros des produits de l'office permettra de financer de 39 millions d'euros des charges supplémentaires en 2019, dues à la mise en place du dispositif d'indemnisation du valproate de sodium (Depakine), auxquelles s'ajoute une perte de 10 millions d'euros en 2018.

\*

\* \*

#### *Article 52*

### **Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès**

#### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 52 porte approbation des objectifs de dépenses de la branche maladie pour l'année 2018, tels qu'ils ressortent des dispositions du projet de loi, et notamment des dispositions du titre IV de la quatrième partie, soit 218 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires et 216,4 milliards d'euros.

#### **1. Les dépenses de la branche maladie : un périmètre fortement intégré, relégué par l'ONDAM**

Depuis la réforme de la protection maladie universelle (PUMA), le régime général finance la totalité des prestations en nature pour l'ensemble des régimes obligatoires, excluant ainsi un champ de prestations en espèces spécifiques. Aussi, les deux périmètres sont structurellement très proches en termes de tendance financière.

### **Régimes obligatoires d'assurance maladie, CNAMTS et PUMA**

Créée par la LFSS pour 2016, la **protection universelle maladie** permet aux personnes de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé en cas de maladie ou de maternité sans faire préalablement valoir son statut d'affilié ou d'ayant droit.

La création de ce droit a entraîné un vaste mouvement d'intégration financière des régimes obligatoires d'assurance maladie, le solde des autres régimes étant compensé par le régime général <sup>(1)</sup>.

La différence entre les deux périmètres, de l'ordre de 1,5 milliard d'euros sur un total qui dépasse désormais les 200 milliards, comprend donc les prestations ne relevant pas des « *frais de santé* » portées par les autres régimes existants. Il s'agit en pratique des prestations en espèces (notamment les indemnités journalières) et des dépenses d'action sociale.

Par ailleurs, la création de l'objectif national d'assurance maladie en 1996, comme norme de dépenses contraignante et fortement suivie, à travers par exemple le comité d'alerte, a de fait relégué au second plan la place des objectifs de dépense maladie dans le pilotage financier de ce risque.

### **Les différences de périmètre entre les dépenses de la branche maladie et l'ONDAM**

Plusieurs éléments distinguent les périmètres respectifs des objectifs de dépense de la branche maladie et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie :

- l'ONDAM se distingue nettement du compte de la branche maladie car il intègre les prestations de soins prises en charge par la branche AT–MP ;
- certaines prestations d'assurance maladie ne font pas partie de l'ONDAM : il s'agit des prestations en espèces maternité (indemnités journalières), des dépenses relatives aux soins en France d'assurés de régimes étrangers que l'assurance maladie prend en charge au titre de conventions internationales et les capitaux décès.

Au total, l'ONDAM représente environ 80 % des dépenses des comptes de l'assurance maladie et 30 % des dépenses du compte de la branche AT–MP relèvent de l'ONDAM.

Sur cette question de périmètre, il faut également signaler que la branche maladie participe, *via* l'ONDAM, au financement de l'objectif global de dépense (OGD) médico social qui intègre également d'importantes ressources propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Il n'en reste pas moins que le législateur a l'obligation organique de fixer des objectifs de dépenses par branche.

---

(1) Avant la réforme, le régime général représentait déjà 86 % de l'ensemble du volume financier du risque maladie et 95 % en y incluant les régimes déjà intégrés (régime social des indépendants, régime des salariés agricoles, des militaires et des marins). La PUMA a conduit à intégrer quatre nouveaux régimes (SNCF, RATP, clercs et employés de notaires et mines).

## 2. Une branche dont le déficit est en voie de résorption

### a. Une réduction significative du déficit depuis 2018...

● En 2017, le déficit de la CNAMTS (– 4,9 milliards d’euros) s’est légèrement détérioré par rapport à 2016 (– 4,8 milliards d’euros) :

– côté recettes (+ 3,5 %), les ressources ont globalement crû au même rythme que la masse salariale, ce qui s’explique par une importante part de cotisations salariées dans les ressources de la branche (84 milliards sur les 90 milliards de cotisations) ; la croissance plus modeste des ressources fiscales (+ 2,4 %) a été compensée par un produit exceptionnel lié à 1,5 milliard d’euros de cotisations pris en charge par l’État dans le cadre du « Pacte de responsabilité » ;

– côté dépenses (+ 3,4 %), les charges de prestations ont progressé de 3,5 %, tirées notamment par les prestations légales du champ ONDAM (+ 2,7 % pour les soins de ville, + 3,6 % pour les établissements de santé et médico-sociaux) ; l’écart très important avec l’ONDAM 2017 (+ 2,1 %) est à attribuer à d’importants effets de périmètre, notamment le transfert des établissements et service d’aide par le travail (ESAT).

● En 2018, le déficit s’est réduit de 4 milliards d’euros pour atteindre 0,9 milliard d’euros, un solde jamais atteint depuis 1999 :

– les recettes ont crû à un niveau exceptionnel (+ 4,3 %) grâce à des mouvements contradictoires mais globalement favorables de ses produits à l’issue de la bascule en faveur pouvoir d’achat : la baisse des cotisations et la quasi-suppression de la ressource TVA, rétrocédée à l’État, a été plus que compensée par la très forte croissance de la CSG dont le taux a été relevé d’1,7 point ; au total, l’assurance maladie a perdu 13 milliards d’euros, et en a gagné 22, soit 9 milliards de recettes supplémentaires à la faveur d’un double effet structurel et conjoncturel ;

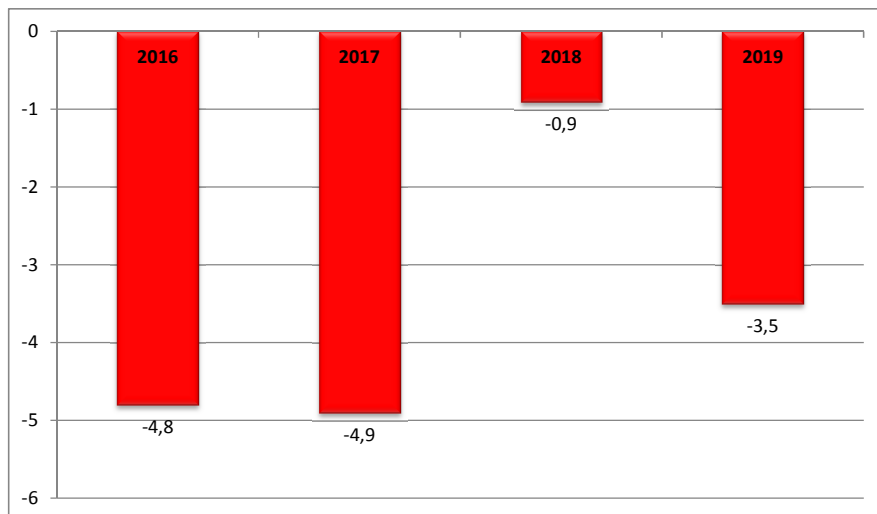
– les dépenses ont continué de croître en 2018 (+ 2,3 %) dans des propositions proches de celle de l’ONDAM, témoignant ainsi de l’effort global de la branche pour maîtriser ses dépenses qui n’auraient crû que de 5 milliards d’euros par rapport à 2017.

### b. ... qui pourrait en partie être effacée en 2019 en l’absence de mesures nouvelles

La Commission des comptes de la sécurité sociale a établi le déficit spontané des comptes de la CNAMTS en 2019 à 4 milliards d’euros.\*

### SOLDE PRÉVISIONNEL DE LA BRANCHE MALADIE POUR 2019

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, à partir de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

La croissance spontanée des dépenses (+ 4,0 %) que ne compense que partiellement celle plus limitée des recettes, en l'absence de mesures de transferts (+ 2,8 %) hypothéquerait rapidement toute chance de rééquilibrer cette branche.

À elle seule, la CNAM représenterait donc plus 300 % du déficit spontané du régime général.

### 3. Des objectifs de dépenses volontaristes pour 2019 pour un retour progressif à l'équilibre

- L'article 52 fixe des objectifs volontaristes de dépenses pour la branche maladie du régime général à hauteur de 216,4 milliards pour le régime général et 218 milliards pour l'ensemble des régimes de base.

- Le respect de ces objectifs nécessite la mise en œuvre de mesures nouvelles retracées dans le tableau ci-dessous à la fois en recettes et en dépenses

**IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE LA CNAM EN 2019**

(en milliards d'euros)

Mesures nouvelles <sup>(1)</sup>	Recettes	Dépenses	Solde
CCSS septembre 2018	216,3	219,7	- 3,5
Transformation du CICE en allègements de cotisations	- 17,8		
Baisse de cotisations maladie de 6 points	- 22,6		
Renforcement des allègements généraux au 1 <sup>er</sup> octobre	+ 4,9		
Modification des dispositifs d'allègements ciblés	+ 0,1		
Compensation de la suppression du CICE pour les régimes spéciaux	- 0,3		
Économies sur l'ONDAM		- 3,8	
Revalorisation maîtrisée		- 0,1	+ 3,0
Économies de gestion administrative	+ 1,3	- 0,1	
Affectation de TVA nette	+ 31,0		
Compensation au RCO de la perte de la taxe sur les farines	- 0,1		
Compensation de la suppression des cotisations salariales chômage	- 4,1		
Réaffectation de la taxe sur les salaires	- 0,9		
Réaffectation de CSG pour compensation de pertes de recettes	- 8,6		
<b>LFSS pour 2019</b>	<b>216,0</b>	<b>216,4</b>	<b>- 0,5</b>

Source : direction de la sécurité sociale

Au-delà des économies importantes sur l'ONDAM qui ont vocation à être décrites plus précisément dans le commentaire de l'article 53, la branche maladie du régime général est l'objet comme en 2017 et 2018 de très importants changements de recettes pour un total de flux de 74 milliards d'euros.

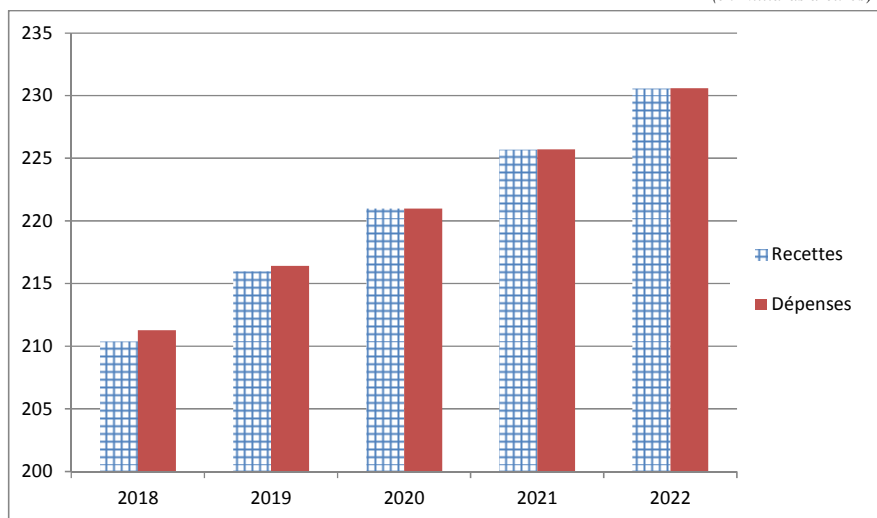
Au total, la branche maladie est « perdante » de 300 millions d'euros en recettes ce qui explique la nécessité de prendre d'importantes mesures d'économies (4 milliards d'euros). La branche serait proche de l'équilibre avec un déficit de 500 millions d'euros.

- Dans les années à venir, la branche maladie pourrait renouer avec l'équilibre dès 2020, prolongé par la trajectoire de l'annexe B jusqu'en 2022 – dernière échéance des projections disponibles.

(1) Pour la description de ces mesures, on pourra utilement se reporter au commentaire des articles afférents.

### MONTANT PRÉVISIONNEL DES DÉPENSES ET RECETTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE 2018 À 2022

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, à partir de l'annexe B du PLFSS pour 2018.

\* sous réserve de règles d'arrondis

La neutralisation totale du solde entre 2020 et 2022 nécessitera vraisemblablement d'importants transferts en recettes et une maîtrise rigoureuse des dépenses.

\*

\* \*

#### Article 53 ONDAM et sous-ONDAM

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 53 porte approbation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2019, fixé à 200,3 milliards d'euros.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ainsi que les sous-objectifs pour 2019 sont fixés selon les modalités retracées dans le tableau suivant, à comparer avec les prévisions rectifiées pour 2018 à l'article 6 du projet de loi.

(en milliards d'euros)

	ONDAM 2018 rectifié	ONDAM 2019
Dépenses de soins de ville	89,5	91,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	80,5	82,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,2	9,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,1	11,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,3	3,5
Autres prises en charge	1,7	1,9
<b>Total</b>	<b>195,4</b>	<b>200,3</b>

Source : PLFSS pour 2019

● Bien qu'il s'agisse d'un objectif en valeur, l'ONDAM est plus souvent jugé à son taux d'évolution.

Cet objectif de 200,3 milliards <sup>(1)</sup> correspond à une évolution de + 2,5 % en 2019, rehaussé tant par rapport au taux d'évolution de l'ONDAM en 2018 (+ 2,3 %) que par rapport à l'ONDAM prévisionnel dont faisaient état la loi de programmation des finances publiques ou encore l'annexe B du PLFSS pour 2018 (+ 2,3 %).

Cette réévaluation à la hausse permet de tenir compte notamment des annonces ambitieuses faites par le président de la République dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 ».

---

(1) Conforme aux dispositions du II de l'article 9 du projet de loi de programmation pluriannuelle des finances publiques 2018-2020.

### Le cadre financier du plan « Ma Santé 2022 »

Le Président de la République a annoncé le 18 septembre dernier la mise en place d'un important plan de transformation du système de santé autour de cinq chantiers et de dix propositions clefs :

- la qualité des soins et la pertinence des actes (réforme du régime des autorisations des activités de soins, élargissement des compétences de la commission médicale d'établissement);
- l'organisation territoriale (déploiement de 1 000 communautés professionnelles territoriales de santé, labellisation des « hôpitaux de proximité ») ;
- les modes de financement et de régulation (financements au forfait pour les pathologies chroniques) ;
- les ressources humaines et la formation (soutien financier au développement des assistants médicaux, création unique de praticien hospitalier, redonner au service son rôle de « collectif » et renforcer le management de l'équipe soignante, suppression du *numerus clausus* et refonte des premiers cycles des études en santé, réforme du 2<sup>e</sup> cycle des études médicales et suppression des épreuves classantes nationales)
- le numérique.

Le financement repose notamment sur un relèvement du taux d'évolution annuelle de l'ONDAM à 2,5 % en 2019, soit environ 400 millions d'euros supplémentaires.

Au total, 3,4 milliards d'euros doivent être consacrés au plan d'ici 2022, selon la clef de répartition suivante.

Financements dédiés sur la période 2019-2022 (en M€)	
Structuration ville/hôpital dans les territoires	1 580
Transformation numérique	500
Métiers et formation	420
Investissement	920
<b>TOTAL</b>	<b>3 420</b>

Source : dossier de presse du plan

● La croissance spontanée de l'ONDAM avant mesures nouvelles est estimée à + 4,5 % consolidant ainsi des situations variablement dynamiques des différents postes de dépenses.

Le taux d'évolution des dépenses de **soins de ville** (+ 5,3 %) est tiré par les mesures de revalorisations des professions de santé (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pharmaciens et sages-femmes) qui représentent une hausse de 200 millions d'euros des dépenses. Il intègre également la première étape de la mise en œuvre de la réforme 100 %



santé pour les soins dentaires et les audioprothèses pour un total de 200 millions d'euros supplémentaires ou encore la revalorisation des tarifs des taxis au 1<sup>er</sup> janvier (+ 100 millions d'euros).

Les **établissements de santé** devraient voir leurs dépenses croître de 3,7 % soit moins vite qu'en 2017 et 2018. Le tendancier intègre également la mise en place du protocole dit « Parcours, professionnels, carrières et rémunérations » de la fonction publique hospitalière pour 200 millions d'euros ainsi qu'une hausse du financement du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en vue de renforcer les investissements.

Les **dépenses médico-sociales** croîtraient globalement de 2,7 % en 2019 à la suite des premières mesures de la feuille route grand âge et autonomie ainsi que de la stratégie autisme au sein des troubles du neuro-développement.

Les dépenses du **Fonds d'intervention régional** évolueraient spontanément de + 4,8 % en 2019.

Les **autres prises en charge** qui correspondent à diverses dépenses prises en charge par l'assurance maladie (soins des français à l'étranger, dotations aux opérateurs de l'assurance maladie, établissements médico-sociaux spécifiques de soins pour toxicomanes ou de cures ambulatoires en alcoologie) augmenteraient de 6,3% hors mesures nouvelles.

• L'analyse par sous-objectif permet de préciser les choix qui ont été faits au sein de cette enveloppe fermée.

Au sein de l'évolution tendancielle à + 2,5 % on trouve les croissances des sous-objectifs suivants :

	Evolution annuelle de l'ONDAM
Dépenses de soins de ville	+2,2 %
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	+ 2,7 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	+ 2,2 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	+ 1,8 %
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	+ 6,1 %
Autres prises en charge	+ 11,8 %
<b>Total</b>	<b>+ 2,5 %</b>

Source : Commission des affaires sociales à partir de l'annexe VII

Malgré les précautions à prendre dans l'analyse de taux d'évolution portant sur des masses très différentes, on peut constater que les dépenses relatives aux établissements de santé repartent nettement à la hausse par rapport aux années précédentes (par exemple + 1,9 % en 2018) et que cette croissance sera supérieure

à celle des dépenses de soins de ville, ce qui constitue une inversion importante des tendances des derniers PLFSS.

En contrepartie, les dépenses médico-sociales ainsi que les dépenses de soins de ville connaissent une évolution modérée (+ 2,2 %) au regard de leur évolution spontanée.

- Il convient également de relever que pour la première fois, une réserve prudentielle pour les soins de ville a été fixée à hauteur de 120 millions d'euros dans les provisions. Elle est financée par des économies supplémentaires par rapport à ce que supposerait le strict respect de l'objectif et contribuera à une forme de régulation infra-annuelle des dépenses de ville.

- Réduire l'important écart entre cette croissance spontanée des dépenses et l'objectif ou le sous-objectif fixé, même rehaussé, revient à identifier 3,8 milliards d'économies, qui sont retracées dans l'annexe VII ainsi que dans le rapport économique, social et financier <sup>(1)</sup>.

Beaucoup d'entre elles portent sur les produits de santé (2,2 milliards d'euros soit 58 % de l'ensemble), ce que la direction de la sécurité sociale explique comme la résultante nécessaire d'un tendancier très dynamique sur ce poste. Les médicaments (960 millions d'euros) fourniraient par conséquent un effort important partagé avec les dispositifs médicaux (200 millions d'euros) et la biologie (120 millions d'euros).

L'autre grande source d'économies réside dans la structuration de l'offre de soins notamment au sein des établissements pour 900 millions d'euros, dont 700 millions d'euros sur la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

D'autres mesures plus variées complètent ces deux foyers d'économies, comme les économies sur les indemnités journalières en matière d'arrêts de travail (200 millions d'euros) ou la lutte contre la fraude (90 millions d'euros).

---

(1) <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/File/440435>

L'ensemble de ces mesures est retracé dans le tableau suivant :

**MESURES D'ÉCONOMIES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM POUR 2019**

*En millions d'euros*

<b>STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS</b>	<b>910</b>
Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc.)	210
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	700
<i>Optimisation des achats</i>	<i>415</i>
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD</i>	<i>235</i>
<i>Améliorer la performance interne des ESMS</i>	<i>50</i>
<b>ACTIONS SUR TARIFS DES PRODUITS DE SANTE ET REMISES</b>	<b>1 360</b>
Prix nets des médicaments en ville	700
Évolution des prix nets des médicaments de la liste en sus	260
Prix nets des dispositifs médicaux en ville	150
Évolution des prix nets des dispositifs médicaux de la liste en sus	50
Remises sur nouveaux produits	200
<b>PERTINENCE ET QUALITE DES ACTES ET DES PRODUITS DE SANTE</b>	<b>895</b>
Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie (protocole)	120
Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie (protocole)	85
Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes	190
Maîtrise médicalisée et structure de prescription des produits de santé (volume, génériques, biosimilaires)	500
<b>PERTINENCE ET EFFICIENCE DES PRESCRIPTIONS D'ARRETS DE TRAVAIL ET DE TRANSPORTS</b>	<b>335</b>
Transports	135
Indemnités journalières	200
<b>CONTROLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE</b>	<b>90</b>
Lutte contre la fraude et dispositifs de contrôle associés	90
<b>AUTRES MESURES</b>	<b>240</b>
Participation des organismes complémentaires au financement de la convention médicale	50
Gestion dynamique du panier de soins remboursé (dont 90M€ d'impact de mesures déjà mises en œuvre en 2018)	190
<b>TOTAL ONDAM</b>	<b>3 830</b>

Source : rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances

\*

\* \*

*Article 54*

**Dotations au FIVA, au FCAATA et transfert au titre de la sous-déclaration AT-MP**

**Adopté par la commission sans modification**

L'article 54 porte approbation des dotations de la branche AT-MP vers deux fonds finançant des risques professionnels liés à l'amiante ainsi que le transfert récurrent vers la branche maladie au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles pour l'année 2018.

**1. Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), un fonds de solidarité principalement alimenté par la branche AT-MP**

● Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante a été créé en 2003 sur le fondement de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001<sup>(1)</sup>, sous la forme d'un établissement public national à caractère administratif, en vue d'assurer la réparation intégrale des préjudices des victimes de l'amiante et de leurs ayants droit.

Le fonds instruit les demandes des victimes qui ne bénéficient pas d'une indemnisation par leur employeur ou dans le cadre d'un accord amiable et d'une procédure transactionnelle. Il met donc en œuvre un régime légal de responsabilité qui simplifie l'indemnisation des victimes. Ces dernières n'ont ainsi pas à engager de procédures contentieuses devant les juridictions administratives.

Le fonds est alimenté depuis l'origine par une importante dotation de la branche AT-MP du régime général, qui assurait la prise en charge de ces maladies professionnelles avant 2003. Le financement est complété, pour une part plus mineure, par une contribution de l'État.

● Le I prévoit une contribution de la branche AT-MP du régime général au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) de 260 millions d'euros en 2019, soit un montant identique à l'exercice 2018.

Le montant retenu accompagne la diminution tendancielle des dépenses d'indemnisation depuis 2016 (– 3,2 % en 2016, – 4,6% en 2017 et – 8 % prévu en 2018 et 2019), la baisse du nombre de victimes à indemniser excédant la hausse de la fréquence de pathologies graves. La subvention de l'État serait maintenue au même niveau qu'en 2018 (7,8 millions d'euros).

Les reprises sur provisions (50 millions d'euros en 2019, contre 53,2 en 2018) et un prélèvement sur le fonds de roulement (6,4 millions d'euros en 2019 contre 17,4 en 2018) permettront de faire face aux 364,9 millions d'euros de charges prévus en 2019.

---

(1) Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

## **2. Le fonds de cessation anticipée des travailleurs de l’amiante (FCAATA) est quasiment intégralement financé par la branche AT-MP du régime général**

● Créé par l’article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le FCAATA finance l’allocation de cessation anticipée des travailleurs de l’amiante (ACAATA) versée aux travailleurs de plus de 50 ans qui ont été exposés à l’amiante à titre professionnel, prend en charge leurs cotisations d’assurance vieillesse de base et complémentaire et les dépenses supplémentaires liées à un âge de départ à la retraite maintenu à 60 ans après la réforme de 2010.

Le fonds est alimenté pour l’essentiel par la branche AT-MP du régime général et de manière plus marginale par le régime AT-MP des salariés agricoles, en fonction du nombre de ses assurés concernés.

Le **II** fixe la contribution de la branche AT-MP du régime général au Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l’amiante (FCAATA) à 532 millions d’euros en 2019.

Ce montant, complété par une contribution de 200 000 euros par la branche AT-MP du régime des salariés agricoles, ne permettra pas, comme en 2018 de faire face aux charges (552 millions d’euros), bien que celles-ci soient tendanciellement en diminution (– 12,6 % en 2016, – 1,4 % en 2017, – 9,2 % en 2018). L’écart de 20 millions d’euros a été opportunément retenu pour pouvoir être financé sur les réserves constituées par les excédents de l’exercice 2018.

## **3. Une dotation de la branche AT-MP à la CNAMTS au titre de la sous-déclaration inchangée**

● Chaque année <sup>(1)</sup>, conformément aux prescriptions de l’article L. 176-2, la loi de financement de la sécurité sociale détermine, sur le fondement du rapport d’une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes remis tous les trois ans, un montant à verser à la caisse nationale d’assurance maladie par la branche accidents du travail du régime général au titre de la sous-déclaration.

Il est en effet largement admis que pour de multiples raisons (méconnaissance, complexité de la procédure, manque de médecins du travail), des pathologies qui devraient relever de la branche AT-MP sont prises en charge par l’assurance maladie.

Ces rapports ont, de manière coutumière, encadré ce coût dans des bornes. Le dernier rapport en date situait ainsi son estimation entre 815 millions et 1,53 milliard d’euros.

Le **III** prévoit un reversement d’un milliard d’euros de la branche AT-MP au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Le montant choisi,

---

*(1) Cet article ayant une valeur législative ordinaire, il ne saurait être regardé comme étendant le domaine obligatoire des lois de financement qui peuvent y déroger, comme toute loi postérieure.*

identique aux quatre années précédentes se situe incontestablement à l'intérieur des bornes fixées par la commission.

#### **4. Une dotation de la branche AT-MP au titre de la pénibilité réévaluée**

La loi de financement détermine le montant couvrant à la fois les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente issu de la loi de 2010 <sup>(1)</sup> sur les retraites et celles engendrées par le compte professionnel de prévention (C2P).

Ce dernier, créé par les ordonnances relatives au renforcement du dialogue social ratifiées en 2018 <sup>(2)</sup>, a succédé au compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) instauré par la réforme des retraites du 20 janvier 2014 <sup>(3)</sup>. La gestion du compte a alors été transférée de la Caisse nationale d'assurance vieillesse à la Caisse nationale d'assurance maladie – le fonds de gestion du C3P et les deux cotisations spécifiques l'alimentant étant alors abrogées. Son financement est désormais assuré par la branche AT-MP.

● Pour 2019, la contribution de la branche AT-MP du régime général aux dépenses au titre des deux dispositifs est fixée par le **IV** à 254,2 millions d'euros, un montant en hausse par rapport à 2018 (186 millions d'euros) réparti comme suit :

– 93,2 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente ;

– 161 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

● Pour la branche AT-MP du régime des salariés agricoles, le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué à 8 millions d'euros en 2019 : 5,5 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et 2,5 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Interrogée par le rapporteur général, la direction de la sécurité sociale lui a précisé les méthodes de calcul de ces dotations pour chacun des deux postes.

● Concernant le C2P, la suppression de quatre facteurs de risques professionnels a conduit à en réévaluer l'impact financier. Restent désormais pris en compte comme facteurs de risques professionnels au titre du C2P le travail de nuit, le travail répétitif, le travail en équipes successives alternantes, les activités exercées en milieu hyperbare, les températures extrêmes et le bruit.

---

(1) *Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites*

(2) *Loi n° 2018-217 du 29 mars 2018 ratifiant diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social.*

(3) *Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.*

Le calcul du coût du C2P repose désormais sur une simulation attribuant aux salariés des probabilités d'être exposés aux facteurs de risques professionnels déclinées par âge, sexe et statut (cadre/non cadre).

Ces simulations sont ensuite croisées avec les probabilités de recours à chacun des types de dépenses (formation, temps partiel, majoration de durée d'assurance à la retraite), dépendantes du nombre de points acquis par chaque assuré.

Ce modèle permet ainsi de calculer les dépenses prévisionnelles du C2P. La même méthode est appliquée au dispositif pour les salariés agricoles.

- S'agissant du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, les dépenses ont également été réévaluées depuis la LFSS pour 2018 pour tenir compte de l'élargissement du dispositif, introduit par l'ordonnance précitée.

Les quatre anciens facteurs de risques professionnels écartés du C2P peuvent désormais ouvrir droit à un départ anticipé à la retraite lorsqu'ils sont à l'origine d'une incapacité permanente d'au moins 10 %. Entre ainsi dans le dispositif toute incapacité reconnue au titre d'une maladie professionnelle consécutive à des manutentions manuelles de charges, à des postures pénibles, à des vibrations mécaniques ou à des agents chimiques dangereux.

Cette redéfinition du champ d'accès à la retraite anticipée justifie la réévaluation des crédits consacrés à son financement.

\*  
\* \*

### *Article 55*

#### **Objectifs de dépenses de la branche AT-MP**

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 55 fixe les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail – maladies professionnelles pour l'année 2019, tels qu'ils résultent des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi, soit 13,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base et 12,2 milliards d'euros pour le régime général.

## **I. UNE BRANCHE STRUCTURELLEMENT EXCÉDENTAIRE**

Après avoir été en déficit entre 2009 et 2012, la branche AT-MP est continuellement excédentaire depuis l'exercice 2013.

- L'année 2017 a été marquée par un très haut niveau de solde avec un excédent d'1,1 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes de base largement tiré par celui du régime général (1 milliard d'euros).

– côté recettes (+ 2,4 %), malgré une diminution du taux de cotisation de 0,06 point, la très forte croissance de l'activité salariée a conduit à un fort dynamisme des cotisations patronales sur les salaires, qui constituent la quasi-totalité des ressources de cette branche fortement assurantielle ;

– côté dépenses (– 0,6 %), le volume de prestations versées a diminué comme en 2015 et 2016, et notamment les prestations d'incapacité permanente (– 0,2 %) mais aussi les prestations exécutées en établissement (– 14,7 %) ; la baisse des transferts (– 5,0 %) a été largement tirée par la diminution de la contribution au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) de 180 millions d'euros.

● En 2018, le solde s'est significativement détérioré de 300 millions d'euros pour atteindre un excédent de 800 millions d'euros en raison de la conjonction d'un « effet de ciseaux » ponctuel :

– la diminution des recettes (– 0,4 %), malgré un dynamisme prolongé du marché de l'emploi, s'explique par une nouvelle baisse du taux de cotisations, compensée globalement pour les régimes par une hausse du taux de cotisations maladie ;

– les dépenses (+ 2,0 %) sont en revanche reparties à la hausse pour l'ensemble des postes, y compris les prestations d'incapacité permanente (+ 0,8 %).

● En 2019, en l'absence de mesures nouvelles, les excédents devraient spontanément croître à nouveau pour atteindre un excédent de 840 millions d'euros :

– les recettes liées aux cotisations pourraient ainsi croître (+ 3,8 %) plus rapidement que la masse salariale (+ 3,5 %) grâce à une amélioration du produit des recours contre tiers ;

– la croissance des dépenses s'accélérerait (+ 2,8 %) en raison de l'avancement de la date d'indemnisation des victimes de maladies professionnelles<sup>(1)</sup>.

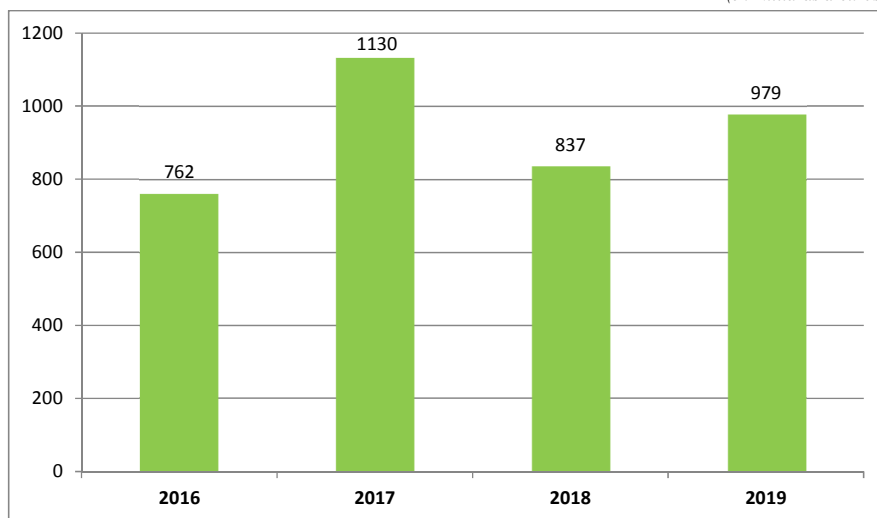
---

(1) La LFSS pour 2018, tirant les conséquences d'un arrêt de la Cour de cassation, a en effet prévu d'anticiper la date d'indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale et non plus à la date établissant le lien entre leur maladie et leur activité professionnelle.



## SOLDE PRÉVISIONNEL DE LA BRANCHE CNAMTS-AT-MP POUR 2019

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, à partir de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

## II. DES OBJECTIFS DE DÉPENSES PROCHES DE LEUR NIVEAU SPONTANÉ

● L'article 55 fixe les objectifs de dépenses pour l'année 2019 de la branche AT-MP à 13,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base et à 12,2 milliards pour le régime général, à comparer avec le niveau spontané des charges de la branche prévu par la commission des comptes de la sécurité sociale à 12,3 milliards d'euros <sup>(1)</sup>.

● Aucun article du présent projet de loi ne concerne spécifiquement la branche AT-MP. Toutefois les économies sont réalisées sur l'objectif national des dépenses maladie (ONDAM) qui intègre les dépenses de soins de la branche.

Le tableau suivant retrace les effets d'au moins 100 millions d'euros des mesures nouvelles sur les comptes de la CNAM-AT-MP <sup>(2)</sup>.

---

(1) La commission des comptes de la sécurité sociale ne présente des comptes tendanciels par branche que pour le régime général.

(2) De tels impacts pour l'ensemble des régimes de base ne sont pas disponibles dans le tableau d'équilibre financier de l'annexe 4.

**IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE LA CNAM AT-MP EN 2019**

(en milliards d'euros)

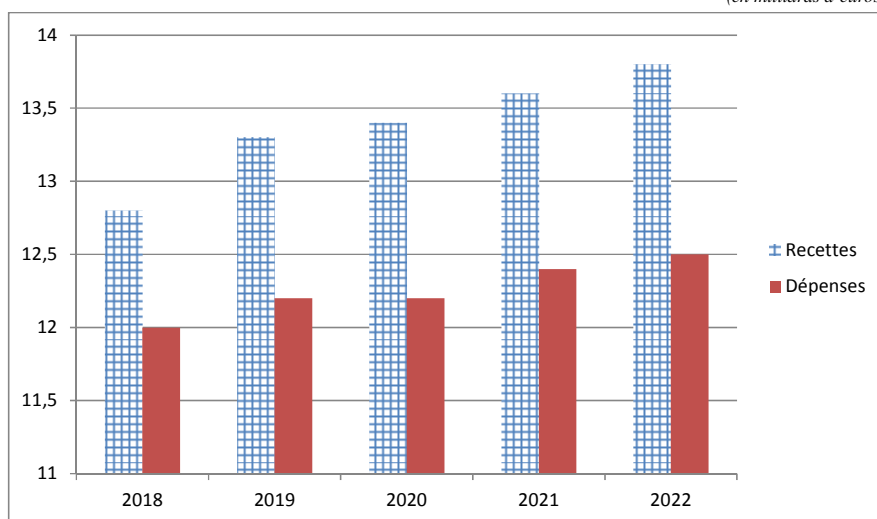
Mesures nouvelles <sup>(1)</sup>	Recettes	Dépenses	Solde
CCSS septembre 2018	13,3	12,3	1
Économies sur l'ONDAM		- 0,1	+ 0,1
LFSS pour 2019	<b>13,3</b>	<b>12,2</b>	<b>1,1</b>

Source : direction de la sécurité sociale

● Les excédents de la branche AT-MP devraient continuer à croître jusqu'en 2022 – dernière échéance des projections disponibles aux termes de l'annexe B du présent PLFSS.

**MONTANT PRÉVISIONNEL DES RECETTES ET DÉPENSES DE LA BRANCHE CNAMTS-AT-MP DE 2018 À 2022**

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, à partir de l'annexe B du PLFSS pour 2019

\*  
\* \*

(1) Pour la description de ces mesures, on pourra utilement se reporter au commentaire des articles afférents.

### Article 56

## Objectif de dépenses de la branche vieillesse

### Adopté par la commission sans modification

L'article 56 fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2019, tel qu'il résulte des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi.

Les dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière de retraites devraient s'élever à 241,2 milliards d'euros en 2019, en augmentation de 1,9 % par rapport à l'objectif de 2018 tel que rectifié à l'article 5 du projet de loi.

La branche vieillesse du régime général, en particulier, voit son objectif de dépenses fixé à 136,9 milliards d'euros en 2019, en augmentation de 2,4 % par rapport à 2018.

## I. LA PÉRENNITÉ DU RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE VIEILLESSE FRAGILISÉE PAR LA CROISSANCE DES PRESTATIONS

La branche vieillesse du régime général est en situation excédentaire depuis 2016. Après vingt années de déséquilibres chroniques, les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ont ainsi renoué avec un solde positif depuis deux ans.

### A. UNE SITUATION EXCÉDENTAIRE DE LA BRANCHE VIEILLESSE EN 2017 ET 2018...

• L'année 2017 a permis de conforter les excédents de la branche vieillesse, atteignant 1,8 milliard d'euros aux termes du tableau d'équilibre approuvé par l'article 2 du présent projet de loi.

Cette amélioration s'explique, à titre principal, par le dynamisme des ressources de la CNAV, coexistant avec un ralentissement de la croissance des dépenses :

– côté ressources (+2,4 %), la perte de recettes fiscales actée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017<sup>(1)</sup> a été plus que compensée par la forte hausse du produit issu des cotisations sociales – ces dernières représentant, aujourd'hui encore, près des deux tiers des recettes du régime. Ainsi, les recettes des cotisations sociales ont bondi de 5,1 %, sous l'effet conjugué d'une masse salariale du secteur privé dynamique et du relèvement de 0,1 point du taux de cotisation d'assurance vieillesse déplafonnée ;

– côté dépenses (+1,6 %), la maîtrise des charges résulte intégralement de celle des dépenses de prestations. La fin de la montée en charge du relèvement de

---

(1) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. Aux termes de cette dernière, les transferts liés à la prise en charge de prestations par le fonds de solidarité vieillesse ont diminué – dans le cadre de la reprise progressive du financement du minimum contributif –, ainsi que la fraction de taxe sur les salaires affectée à la CNAV.

l'âge légal et la moindre revalorisation des pensions – résultant elle-même d'une faible inflation – ont ainsi permis de réduire de 0,3 point le taux de croissance des dépenses de la CNAV par rapport à l'année antérieure.

● La situation excédentaire de la branche vieillesse se maintiendrait – bien que dans une proportion inférieure – en 2018.

Le solde attendu de 800 millions d'euros, aux termes de l'article 5 du présent projet de loi, résulterait ainsi :

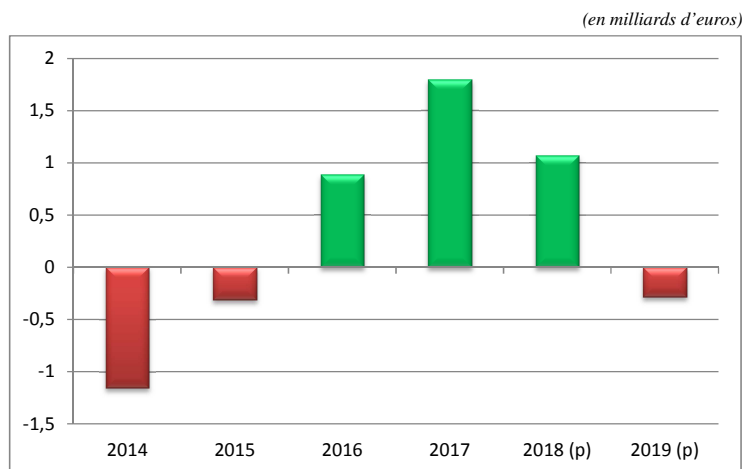
– d'une augmentation maintenue à un rythme identique des recettes (+2,4 %), reposant simultanément sur la croissance de la masse salariale du secteur privé et sur la dynamique des assiettes du forfait social, de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et de la taxe sur les salaires ;

– d'une accélération plus marquée des dépenses (+3 %), due dans sa quasi-totalité à l'augmentation des prestations sociales. La fin du décalage de l'âge légal de départ à la retraite et la légère hausse du taux d'inflation en sont les deux principaux facteurs.

## **B. ...AFFAIBLIE PAR LA FORTE CROISSANCE DES PRESTATIONS DE RETRAITE HORS MESURES NOUVELLES EN 2019**

● En l'absence des mesures prévues par le PLFSS pour 2019, la branche vieillesse renouerait de nouveau avec les déficits dès 2019. Le mouvement constaté en 2018, prenant la forme de recettes dynamiques surcompensées par une accélération de la croissance des prestations de retraite, s'amplifierait en 2019. L'élévation du taux d'inflation à un taux proche de 1,5 % en explique l'essentiel.

### **SOLDE PRÉVISIONNEL DE LA BRANCHE VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL PRÉ-PLFSS POUR 2019**



Source : Commission des affaires sociales, à partir de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

- Cette croissance des dépenses se vérifie pour l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, procédant d'un mouvement commun d'augmentation des prestations de retraite servies.

Trois facteurs concourent à cette augmentation :

- l'évolution des effectifs, tout d'abord, résultant de la fin de la montée en charge du recul de l'âge légal de départ à la retraite. Initié en 2011, le relèvement progressif de l'âge légal dans les principaux régimes de retraite s'est achevé en 2017 – la génération 1956 ayant atteint l'âge visé de 62 ans. Le relèvement se poursuit désormais dans les seuls régimes spéciaux. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, l'instauration des coefficients de solidarité dans le régime de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO devrait néanmoins constituer une incitation supplémentaire à poursuivre l'activité légèrement au-delà de l'âge du taux plein ;

- le maintien d'une tendance à la hausse des prestations hors revalorisation, dénommée « *effet noria* ». Ce dernier, qui repose sur l'arrivée de retraités ayant des carrières plus complètes et associées à des salaires plus élevés, se traduit par une croissance continue de la moyenne des prestations servies ;

- la croissance du taux d'inflation, conduisant – à législation constante – à augmenter mécaniquement le niveau des prestations servies.

En dépit des rythmes de croissance propres à chaque régime, dépendant directement des structures démographiques et des règles applicables, la tendance à la hausse des prestations devrait être largement vérifiée.

Ainsi, le niveau des prestations servies augmenterait en moyenne en 2019, sans modification juridique, de 3,3 % dans les régimes alignés – regroupant le régime général et celui des salariés agricoles –, de 3,4 % dans les régimes de la fonction publique et de 1,5 % dans les régimes spéciaux.

Les régimes marqués par un ralentissement, voire une diminution tendancielle, des prestations versées – tel que le régime minier ou celui des exploitants agricoles – ne constituent donc qu'une exception liée au vieillissement de la population de retraités et au nombre de décès constatés.

## **II. RALENTIR LA HAUSSE DES DÉPENSES POUR EMPÊCHER LA DÉGRADATION DES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE**

- L'article 56 fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2019.

Le 1<sup>o</sup> fixe l'objectif de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière d'assurance vieillesse à 241,2 milliards d'euros en 2019. Cet objectif est en augmentation de 1,9 % par rapport à l'objectif de 2018 tel que rectifié à l'article 5 du projet de loi (236,6 milliards d'euros).

Le 2° fixe cet objectif à 136,9 milliards d'euros pour le seul régime général, augmentant ainsi de 2,4 % par rapport à l'objectif rectifié de 133,7 milliards d'euros pour 2018 inscrit à l'article 5 du projet de loi.

- L'augmentation des dépenses de la branche vieillesse du régime général serait ainsi inférieure de 1,5 milliard à celle attendue hors mesures nouvelles, selon les projections du dernier rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, en septembre 2018.

Ce ralentissement de la croissance attendue des dépenses de la CNAV résulte, à titre principal, de la mesure d'augmentation contenue des prestations de retraite prévue par l'article 44 du PLFSS pour 2019. À elle-seule, la désindexation temporaire des pensions de retraite de base réduirait les dépenses de 1,2 milliard d'euros en 2019.

Le PLFSS pour 2019 compense par ailleurs l'impact, pour la branche vieillesse du régime général, de l'exonération sociale salariale sur les heures supplémentaires et complémentaires. Prévue à l'article 7, cette dernière portera en effet sur les cotisations d'assurance vieillesse – seules cotisations salariales désormais – pour un montant de 610 millions d'euros en 2019. Un transfert de recettes à due concurrence sera effectué *via* l'affectation à la branche vieillesse d'une fraction de la taxe sur les salaires jusqu'alors versée à la branche famille.

- Les effets des principales mesures nouvelles en 2019 sont décrits dans le tableau ci-dessous :

**IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE LA CNAV**

(en milliards d'euros)

Mesures nouvelles <sup>(1)</sup>	Recettes	Dépenses	Solde
CCSS septembre 2018	138,1	138,4	- 0,3
Transformation du CICE en allègements de cotisations	- 0,5		
<i>Renforcement des allègements généraux</i>	+ 0,1		
<i>Modification des dispositifs d'allègements ciblés</i>	- 0,5		
<i>Compensation de la suppression du CICE pour les régimes spéciaux</i>			+ 1,5
Revalorisation maîtrisée des prestations sociales		- 1,5	
Mesure forfait social non compensée	- 0,6		
Mesures heures supplémentaires non compensée	+ 0,6		
Réaffectation de taxe sur les salaires	+ 1,2		
<b>LFSS pour 2019</b>	<b>137,6</b>	<b>136,9</b>	<b>1,2</b>

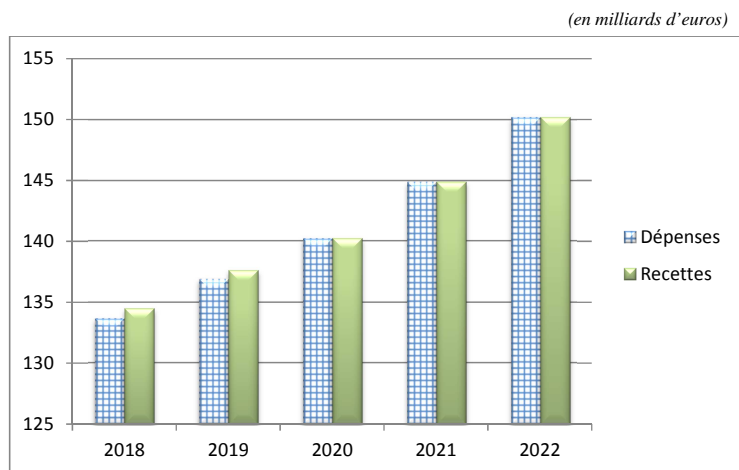
Source : Tableau d'équilibre financier de l'annexe 4 du PLFSS pour 2019.

(1) Pour la description de ces mesures, on pourra utilement se reporter au commentaire des articles afférents

● L'équilibre de la branche vieillesse du régime général serait pérenne jusqu'à 2022 – dernière échéance des projections disponibles aux termes de l'annexe B du présent PLFSS.

Ainsi, succédant à des excédents continus jusqu'en 2021, la branche vieillesse reviendrait à l'équilibre strict en 2022. Le rapporteur général souligne l'indispensable respect de cette trajectoire d'équilibre à la veille d'engager une réforme systémique du système de retraites.

#### MONTANT PRÉVISIONNEL DES DÉPENSES ET RECETTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE 2018 À 2022



Source : Commission des affaires sociales, à partir de l'annexe B du PLFSS pour 2018.

\*

\* \*

#### Article 57

#### Objectif de dépenses de la branche famille

##### Adopté par la commission sans modification

L'article 57 fixe les objectifs de dépenses de la branche famille pour l'année 2019, tels qu'ils résultent des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi, soit 50,3 milliards d'euros.

## II. UN RETOUR RÉCENT A L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE

### A. UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE DEPUIS L'EXERCICE 2018...

● L'année 2017 a permis à la branche de frôler l'équilibre financier avec un déficit constaté de 200 millions d'euros, en nette amélioration par rapport à 2016 (– 1 milliard d'euros).

Cette amélioration s'explique, à titre principal, par le dynamisme des ressources de la CNAF et une forte maîtrise des dépenses :

– côté ressources (+ 2,4 %), l'évolution quasiment nulle des cotisations, consécutive à la baisse du taux de cotisations (+ 0,1 %), a été compensée par une réaffectation de recettes fiscales de l'État (+ 11,7 %) ;

– côté dépenses (+ 0,7 %), la croissance a été particulièrement modérée en raison de facteurs structurels que sont la baisse du nombre de naissances et le moindre recours au congé parental dans le cadre de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) <sup>(1)</sup>.

● Le retour à une situation excédentaire de la branche famille se confirmerait en 2018.

Le solde attendu de 400 millions d'euros, aux termes de l'article 5 du présent projet de loi, résulterait ainsi :

– d'une augmentation maintenue à un rythme identique des recettes (+ 2,1 %), reposant sur un nouveau transfert de prélèvements fiscaux (prélèvement sur les stock-options, jeux et paris ainsi que taxe sur les salaires) qui viendrait compenser la diminution de la part des cotisations sociales, liée à baisse de celles-ci pour les non-salariés dans le cadre de la LFSS 2018 (– 2,0%) ;

– d'une maîtrise très forte des dépenses (+ 0,3 %) résultant d'une croissance modérée des prestations sociales et d'une diminution globale des transferts vers la branche retraite ;

– de la non-compensation de crédit d'impôt de la taxe sur les salaires prévue à l'article 19 du présent projet de loi.

---

(1) Mise en place par la LFSS pour 2016, la PreParE a introduit deux nouveautés par rapport au dispositif préexistant : une modulation de la durée de versement de la prestation en fonction du rang de l'enfant, d'une part, et une obligation de partage en fixant une durée maximale par parent inférieure à la durée maximale globale ouverte auparavant. En l'absence de mise en œuvre de ce partage, la prestation est versée sur une période moins longue par rapport au droit antérieur. La part des prestations a diminué de 22,2 % en 2017 par rapport en 2016, quand l'ensemble des prestations légales diminuaient de 0,3 % et les prestations liées à l'accueil du jeune enfant de 3,8 %.

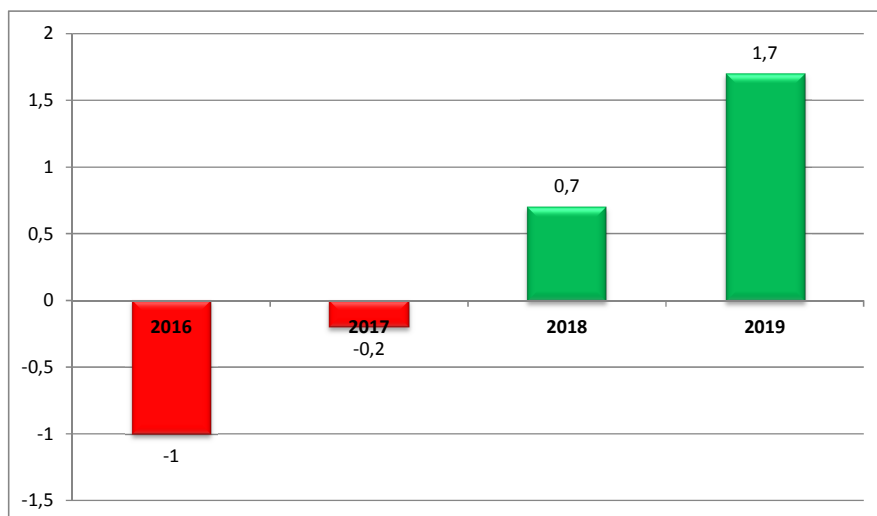


## B. ... QUI SE MAINTIENDRAIT SPONTANÉMENT EN 2019 GRÂCE À DES RECETTES PLUS DYNAMIQUES

En l'absence des mesures prévues par le PLFSS pour 2019, la branche famille accroîtrait ses excédents en 2019 grâce au dynamisme de ses recettes (+ 2,8 %) avec la fin des effets de baisse des cotisations, qui excéderait la remontée significative des dépenses (+ 1 %).

### SOLDE PRÉVISIONNEL DE LA BRANCHE FAMILLE POUR 2019

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, à partir de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

## III. L'OBJECTIF DE DÉPENSES 2019 TÉMOIGNE D'UN EFFORT PROLONGÉ DE MAÎTRISE DES DÉPENSES

- L'article 57 fixe les objectifs de dépenses de la branche famille <sup>(1)</sup> pour l'année 2019 à 50,3 milliards, à comparer avec le niveau spontané des charges de la branche prévu par la commission des comptes de la sécurité sociale à 50,6 milliards d'euros.

- Le respect de ces objectifs suppose des mesures nouvelles à la fois pour combler cet écart entre la croissance spontanée et la croissance souhaitée des dépenses.

---

(1) L'objectif de dépense est unique, dès lors que la branche famille du régime général assure une couverture de ce risque pour tous les Français.

**IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE LA CNAF EN 2019**

(en milliards d'euros)

Mesures nouvelles <sup>(1)</sup>	Recettes	Dépenses	Solde
CCSS septembre 2018	52,3	50,6	1,7
Transformation du CICE en allègements de cotisations	- 0,1		- 0,4
<i>Renforcement des allègements généraux</i>	- 0,3		
<i>Modification des dispositifs d'allègements ciblés</i>	+ 0,3		
<i>Compensation de la suppression du CICE pour les régimes spéciaux</i>	- 0,1		
Revalorisation maîtrisée des prestations sociales		- 0,3	
Réaffectation de taxe sur les salaires	- 1,9		
Réaffectation de la CSG pour compensation des pertes de recettes	+ 1,3		
<b>LFSS pour 2019</b>	<b>51,5</b>	<b>50,3</b>	

Source : direction de la sécurité sociale.

La branche est globalement « perdante » des mesures en recettes (- 800 millions d'euros), au profit notamment de la branche vieillesse, mais bénéficie en dépenses de la mesure de non-revalorisation des prestations qui devrait produire ses premiers effets à compter de la revalorisation du 1<sup>er</sup> avril 2019 (+ 300 millions d'euros).

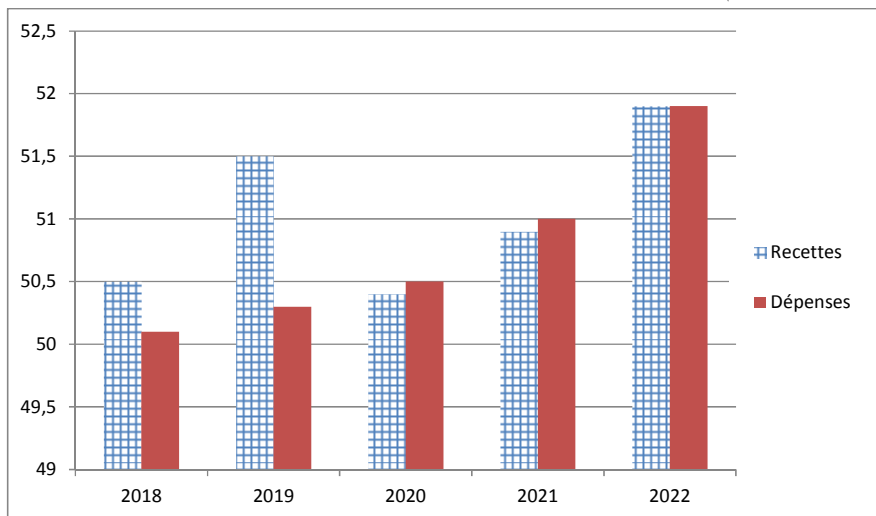
- L'équilibre de la branche famille du régime général serait pérenne jusqu'à 2022 – dernière échéance des projections disponibles aux termes de l'annexe B du présent PLFSS.

---

(1) Pour la description de ces mesures, on pourra utilement se reporter au commentaire des articles afférents.

## MONTANT PRÉVISIONNEL DES DÉPENSES ET RECETTES DE LA BRANCHE FAMILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE 2018 À 2022

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, à partir de l'annexe B du PLFSS pour 2018.

\* sous réserve de règles d'arrondis.

\*

\* \*

### Article 58

#### **Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2019**

##### **Adopté par la commission sans modification**

L'article 58 fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale – en l'espèce, depuis 2009, du seul Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Les dépenses du FSV devraient s'élever à 18,4 milliards d'euros en 2019, en diminution de 500 millions d'euros par rapport à celles prévues pour 2018 aux termes de l'article 5 du présent projet de loi.

## **I. UN REDRESSEMENT DES COMPTES DU FSV PERMIS PAR UNE DIMINUTION CONTINUE DES DÉPENSES**

● Créé par la loi du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale <sup>(1)</sup>, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est

(1) Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale.

un établissement public à caractère administratif dont la mission est d'assurer le refinancement des régimes de retraite au titre de dispositifs relevant de la solidarité nationale.

En déficit chronique depuis 2010 dans un contexte économique dégradé, ses comptes ont amorcé leur redressement sous le double effet de la redéfinition de son champ d'intervention et de l'amélioration de la conjoncture.

● La dégradation prolongée des comptes du FSV à compter de 2010 résulte directement de la nature de sa mission, consistant à financer l'ensemble des avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale.

#### **Les principales dépenses du fonds de solidarité vieillesse**

Le fonds de solidarité vieillesse est en charge simultanément du financement de cotisations et de prestations relatives à l'assurance vieillesse.

Côté cotisations, le FSV prend en charge le financement des cotisations ouvrant droit à la validation de trimestres d'assurance vieillesse au titre :

- du chômage (pour un montant prévisionnel de 11,4 milliards d'euros en 2018) ;
- des arrêts de travail (1,8 milliard d'euros) ;
- des stages de la formation professionnelle (209 millions d'euros) ;
- des périodes d'apprentissage (50 millions d'euros) ;
- du service national (32 millions d'euros).

Côté prestations, le FSV assure le financement :

- du minimum vieillesse (3,2 milliards d'euros prévus pour 2017) ;
- d'une fraction du minimum contributif (1,7 milliard d'euros).

Le ralentissement économique s'est ainsi accompagné simultanément d'une forte augmentation de ses dépenses – avec en premier lieu la prise en charge des cotisations retraite des demandeurs d'emploi – et d'une diminution de ses ressources – étant en partie assises sur la masse salariale. Cet « *effet ciseaux* » s'est alors traduit par des déficits chroniques du FSV, maintenus au-delà de 3 milliards d'euros jusqu'en 2018.

Deux éléments sont venus corriger cette dégradation :

– l'un discrétionnaire, résultant de la modification du champ d'action et des ressources du FSV ;

– l'autre conjoncturel, reposant sur l'amélioration de la situation économique.

● Une série de mesures contenues dans les dernières lois de financement de la sécurité sociale sont venues modifier sensiblement le champ d'action et les ressources du FSV. Il s'agissait de la fois de recentrer le fonds sur sa mission

historique de financement des dispositifs de solidarité et de tirer les conséquences de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE).

Peuvent ainsi être mentionnées, à titre principal :

– la fin progressive de la prise en charge partielle par le FSV des dépenses engagées par les régimes de base au titre du minimum contributif – dit « MiCo ». Cette moindre dépense s'effectue à hauteur de près d'un milliard d'euros en moins chaque année – le financement du MiCo par le FSV devant s'éteindre en 2020 ;

– la suppression de la prise en charge par le FSV de la majoration pour conjoint à charge depuis 2017 ;

– la concentration quasi-exclusive des recettes du fonds sur les revenus du capital. Tirant les conséquences de l'arrêt « *De Ruyter* » du 26 février 2015 de la CJUE, cette modification permet d'affecter les prélèvements sociaux sur les revenus du capital perçus par les personnes rattachées à un régime de sécurité sociale d'un autre État-membre de l'Union européenne au financement des seules prestations non-contributives. Ces modifications ont consisté en :

- l'affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital au FSV, en lieu et place de la fraction du produit de la CSG sur revenus d'activité et de remplacement, d'une fraction de la taxe sur les salaires et d'une partie du forfait social perçues jusqu'alors ;
- le reversement à l'État de la fraction du prélèvement de solidarité sur le capital jusqu'alors versée au FSV, en contrepartie de l'augmentation des recettes résultant de la hausse de 1,7 point du taux de CSG.

● Conjuguée à l'amélioration du marché de l'emploi, cette rationalisation financière du FSV a permis une nette réduction des dépenses depuis 2016.

Au total, les charges du FSV ont ainsi diminué de – 3,7 % en 2017 et, selon les prévisions disponibles, de – 3,4 % en 2018. La seule bascule progressive du financement du MiCo a généré une moindre dépense de 980 millions d'euros en 2017 et de 780 millions d'euros en 2018. Une réduction comparable devrait être observée en 2019, dernière année de prise en charge partielle du MiCo par le FSV.

## **II. UNE TRAJECTOIRE DE REDRESSEMENT À CONFORTER EN 2019**

● L'article 58 fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale, en application du 1<sup>o</sup> du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

À l'identique des exercices précédents, depuis l'extinction du Fonds de financement des prestations sociales de non-salariés agricoles (FFIPSA) en 2009, seul le Fonds de solidarité vieillesse voit ses dépenses définies à cet article.

Les dépenses du FSV devraient s'élever à 18,4 milliards d'euros en 2019, en diminution de 500 millions d'euros par rapport à celles prévues pour 2018 aux termes de l'article 5 du présent projet de loi.

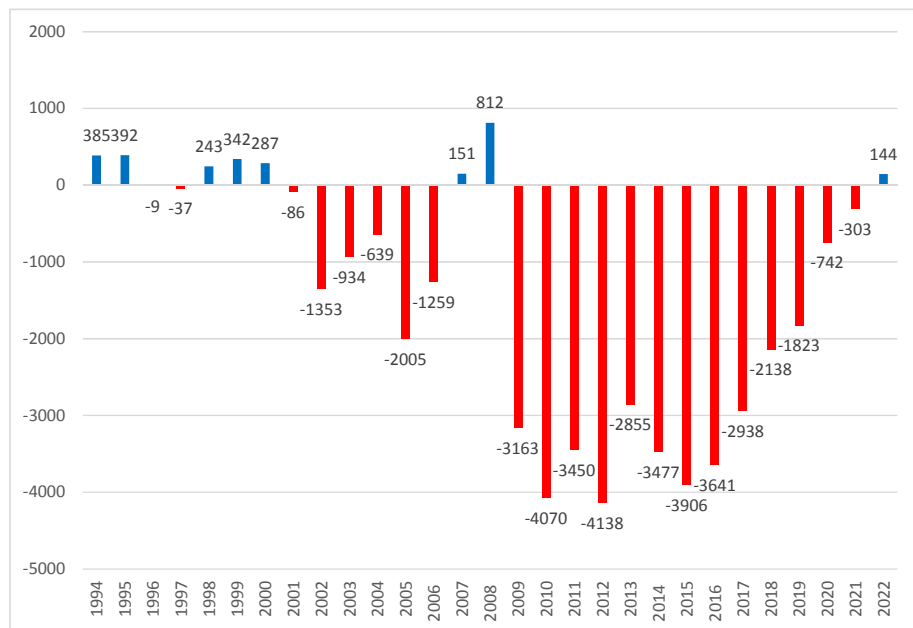
- Le redressement des comptes du FSV devrait donc se poursuivre en 2019, sous l'effet conjugué d'une réduction des dépenses (cf. *supra*) et de la stabilisation des recettes du fonds.

À ce titre, rompant avec une tradition peu heureuse d'ajustements systématiques et de modifications répétées, le maintien des ressources du fonds à champ constant est une nouvelle à saluer, facteur de stabilité et de pérennité.

Aux termes des projections présentées par le FSV lors de son audition par le rapporteur général, le retour à l'équilibre du fonds est attendu pour 2022.

#### SOLDES ANNUELS DU FSV DE 1994 À 2022

(en millions d'euros ; projections à compter de 2018)



Source : Fonds de solidarité vieillesse.

- Le rapporteur général attire néanmoins l'attention sur la dépendance désormais particulièrement forte du fonds à la conjoncture économique, augmentant la probabilité de retrouver à l'avenir un « effet ciseaux ».

La stabilité financière du FSV impliquerait l'absence de volatilité des prélèvements sociaux sur le capital et une stabilité continue du taux de chômage. Ces deux conditions sont pour le moins illusoires. Il conviendra donc de s'interroger – le cas échéant à l'occasion de la réforme systémique de notre système de retraites – sur l'instauration de mécanismes stabilisateurs, aptes à éviter la résurgence de déficits chroniques au moindre retournement de la conjoncture.





## ANNEXES

### ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL

(par ordre chronologique)

- **Comité économique des produits de santé (CEPS) – M. Maurice-Pierre Planel**, président, **M. Jean-Patrick Sales**, vice-président, et **M. Thibaut Zaccherini**, secrétaire général adjoint
- **Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM) (\*) – M. Éric Le Roy**, directeur général, et **M. François-Régis Moulines**, directeur pour les affaires gouvernementales
- **Comité de suivi des retraites (CSR) – Mme Yannick Moreau**, présidente, et **M. Paulo Gemelgo**, rapporteur
- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) – M. Pascal Cormery**, président, **M. Nicolas Bondonneau**, directeur délégué aux politiques sociales, et **M. Christophe Simon**, chargé des relations parlementaires
- **Table ronde réunissant des organisations représentant les employeurs**
  - **Mouvement des entreprises de France (MEDEF) (\*) – M. Michel Guilbaud**, directeur général, **Mme Delphine Benda**, directrice de la protection sociale, et **M. Guillaume Leblanc**, directeur des affaires publiques
  - **Association française des entreprises privées (AFEP) – M. François Soulmagnon**, directeur général, **Mme Julie Leroy**, directrice des affaires sociales, et **M. Nicolas Ragache**, chef économiste
  - **Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME) (\*) – M. Florian Faure**, directeur des affaires sociales et de la formation, et **Mme Sandrine Bourgogne**, secrétaire générale adjointe
- **Ministère des Solidarités et de la santé – Direction générale de l'offre de soins (DGOS) – Mme Cécile Courrèges**, directrice générale, **Mme Marie-Anne Jacquet**, sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, **M. Thomas Deroche**, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins, et **Mme Céline Faye**, adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins

➤ **Table ronde réunissant des fédérations hospitalières**

- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) (\*)** – **M. Lamine Gharbi**, président, **M. Michel Ballereau**, délégué général, et **Mme Béatrice Noellec**, directrice des relations institutionnelles
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) (\*)** – **M. Antoine Dubout**, président, et **M. Antoine Perrin**, directeur général
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **Mme Zaynab Riet**, déléguée générale, **M. Alexis Thomas**, directeur de cabinet, et **Mme Cécile Chevance**, responsable du pôle autonomie

➤ **Table ronde réunissant des syndicats de médecins**

- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF) (\*)** – **M. Jean-Paul Ortiz**, président, et **M. Stéphane Landais**, secrétaire général
  - **Le Bloc – Union AAL (Syndicat des anesthésiologistes libéraux) – SYNGOF (Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France) – UCDF (Union des chirurgiens de France) – MM. Philippe Cuq et Jérôme Vert**, co-présidents
  - **Fédération des médecins de France (FMF)** – **M. Claude Bronner**, vice-président
- **Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)** – **M. Nicolas Revel**, directeur général, **Mme Véronika Levendof**, responsable du département juridique, et **Mme Delphine Rouilleault**, directrice de cabinet du directeur général
- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** – **M. Jean-Philippe Vinquant**, directeur général de la cohésion sociale, **M. Olivier Bachellery**, adjoint à la sous-directrice des affaires financières et de la modernisation, et **M. Boris Minot**, chef de bureau gouvernance du secteur social et médico-social

➤ **Table ronde réunissant des organisations représentatives des salariés**

- **Confédération française démocratique du travail (CFDT) – M. Philippe Le Clézio**, secrétaire confédéral, et **Mme Jocelyne Cavanal**, secrétaire nationale
  - **Confédération générale du travail (CGT) – Mme Mireille Carrot**, membre de la direction confédérale en charge des questions de santé, et **M. Pierre-Yves Chanu**, conseiller confédéral, pôle activités économiques
  - **Confédération générale du travail-Force ouvrière (CGT-FO) – M. Serge Legagnoa**, secrétaire confédéral en charge du département protection sociale collective, **M. Guillaume Commenge** assistant confédéral en charge de la branche maladie, **Mme Karine Beurain** assistante confédérale en charge de la branche famille, et **M. Maxime Raulet** assistant confédéral en charge de la branche santé au travail
  - **Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC) – M. Jean-François Gomez**, délégué national secteur protection sociale, et **Mme Anne Bernard**, responsable du service protection sociale
  - **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) – M. Raphaël Margherita**, chef de file CFTC au conseil d'administration de l'ACOSS, **M. Nassim Chibani**, conseiller technique, et **Mme Lola Boucard**, assistante confédérale en charge de la branche recouvrement et des personnels de la sécurité sociale
- **Les entreprises du médicament (LEEM) (\*) – M. Philippe Tcheng**, président, **M. Philippe Lamoureux**, directeur général, **M. Éric Baseilhac**, directeur des affaires économiques, publiques et internationales, **Mme Marianne Bardant**, directrice des affaires juridiques, **Mme Fanny de Belot**, responsable des affaires publiques, et **Mme Annaïk Lesbats**, chargée de mission affaires publiques
- **Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) – Mme Isabelle Sancerni**, présidente, **M. Vincent Mazauric**, directeur général, **M. Frédéric Marinacce**, directeur des prestations, et **Mme Patricia Chantin**, responsable des relations parlementaire
- **Fédération française de l'assurance (FFA) (\*) – M. Bernard Spitz**, président, **M. Arnaud Chneiweiss**, délégué général, **Mme Véronique Cazals**, directrice santé, et **M. Jean-Paul Laborde**, directeur des affaires parlementaires

- **Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) – M. Yann-Gaël Amghar**, directeur, **M. Emmanuel Dellacherie**, directeur de la réglementation, du recouvrement et du contrôle, **M. Alain Gubian**, directeur financier, directeur des statistiques, des études et de la prévision, et **Mme Estelle Denize**, secrétaire générale du conseil d'administration, directrice de la communication et des relations publiques
- **Fonds de solidarité vieillesse (FSV) – M. Frédéric Favié**, directeur
- **Union nationale des associations familiales (UNAF) – Mme Marie-Andrée Blanc**, présidente, **Mme Guillemette Leneveu**, directrice générale, **M. Jean-Philippe Vallat**, directeur, et **Mme Claire Ménard**, chargée des relations parlementaires
- **Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP) – Mme Florence Sauterjeau**, présidente, **M. Ronald Schouller**, vice-président, **M. Christian Expert**, vice-président, et **Mme Marine Jeantet**, directrice de la direction des risques professionnels à la CNAM
- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – Mme Anne Burstin**, directrice, et **M. Simon Kieffer**, directeur des établissements et services médico-sociaux
- **Direction de la sécurité sociale – Mme Mathilde Lignot-Leloup**, directrice de la sécurité sociale, et **M. Morgan Delaye**, sous-directeur du financement de la sécurité sociale
- **Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) (\*) – M. Thierry Beaudet**, président, **M. Albert Lautman**, directeur général, et **M. Alexandre Tortel**, responsable du pôle influence nationale
- **Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) – M. Renaud Villard**, directeur général
- **Direction générale de la santé (DGS) – Mme Anne-Claire Amprou**, directrice générale adjointe de la santé, **Mme Anne-Marie Horellou**, cheffe de la division agences, partenariat, concertation, **Mme Magali Guegan**, adjointe à la sous-directrice de la santé des populations, **M. Frédéric Dittenit**, adjoint à la cheffe du bureau du médicament

*(\*) Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*

**ANNEXE N° 2 :  
LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À  
L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI**

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions modifiées</b>	
<b>Article</b>	<b>Codes et lois</b>	<b>Numéro d'article</b>
3	Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	73
4	Code de la sécurité sociale	L.138-16
4	Code de la sécurité sociale	L.221-1
4	Code de la sécurité sociale	L.221-1-1 [abrogé]
4	Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017	95
7	Code de la sécurité sociale	L.241-17 [rétabli]
7	Code de la sécurité sociale	L.241-18
7	Code rural et de la pêche maritime	L.741-15
8	Code de la sécurité sociale	L.133-1
8	Code de la sécurité sociale	L.241-2-1
8	Code de la sécurité sociale	L.241-5
8	Code de la sécurité sociale	L.241-6-1
8	Code de la sécurité sociale	L.241-6-4 [abrogé]
8	Code de la sécurité sociale	L.241-10
8	Code de la sécurité sociale	L.241-11 [abrogé]
8	Code de la sécurité sociale	L.241-13
8	Code de la sécurité sociale	L.243-6-1
8	Code de la sécurité sociale	L.752-3-2
8	Code de la sécurité sociale	L.741-5 [abrogé]
8	Code de la sécurité sociale	L.741-16 [abrogé]
8	Code de la sécurité sociale	L.741-16-1 [abrogé]
8	Code des transports	L.5553-11
8	Code du travail	L.5134-31
8	Code du travail	L.5134-59
8	Code du travail	L.6227-8
8	Code du travail	L.6227-8-1 [nouveau]
8	Code du travail	L.6243-2
8	Code du travail	L.6243-3
8	Code du travail	L.6261-1 [abrogé]
8	Code du travail	La section 5 du chapitre V du titre II du livre III de la sixième partie intitulée : « Exonération de cotisations sociales » et articles L. 6325-16 à L. 6325-22 [abrogés]
8	Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014	20

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
9	Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	13
10	Code de la sécurité sociale	L.380-2
11	Code de la sécurité sociale	L.136-8
12	Code de la sécurité sociale	L.241-2
12	Code de la sécurité sociale	L.862-4-1 [nouveau]
13	Code de la sécurité sociale	L.133-5-6
13	Code de la sécurité sociale	L.133-5-10
13	Code de la sécurité sociale	Section 7 du chapitre III du titre IV du livre II [nouveau]
13	Code de la sécurité sociale	L.244-2
13	Code de la sécurité sociale	L.613-5
13	Code rural et de la pêche maritime	L.712-2
13	Code rural et de la pêche maritime	L.712-3
13	Code rural et de la pêche maritime	L.724-7-2 [nouveau]
13	Code rural et de la pêche maritime	L.725-24
13	Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017	42
13	Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	14
14	Code général des impôts	1635 bis AE
15	Code de la sécurité sociale	L.138-10
15	Code de la sécurité sociale	L.138-11
15	Code de la sécurité sociale	L.138-12
15	Code de la sécurité sociale	L.138-13 et L.138-14
15	Code de la sécurité sociale	L.138-15
16	Code de la sécurité sociale	L.131-6
16	Code de la sécurité sociale	L.136-3
16	Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	15
17	Code de la sécurité sociale	L.133-4-2
17	Code de la sécurité sociale	L.243-7-7
18	Code de la sécurité sociale	L.114-6
18	Code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre IV <i>ter</i> du livre I <sup>er</sup>
18	Code de la sécurité sociale	Section 1 du chapitre IV <i>ter</i> du livre I - art. L.114-8-1 [nouveau]
18	Code de la sécurité sociale	Section 2 du chapitre IV <i>ter</i> du livre I - art. L.114-9 à L.114-22-1 [nouveau]
18	Code de la sécurité sociale	Intitulé du chapitre II du titre II du livre I
18	Code de la sécurité sociale	Intitulé de la section 2 du chapitre III du titre II du livre I
18	Code de la sécurité sociale	L.122-2
18	Code de la sécurité sociale	L.221-1
18	Code de la sécurité sociale	L.222-1
18	Code de la sécurité sociale	L.223-1

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions modifiées</b>	
<b>Article</b>	<b>Codes et lois</b>	<b>Numéro d'article</b>
18	Code de la sécurité sociale	L.225-1-1
18	Code de la sécurité sociale	L.225-1-4
18	Code de la sécurité sociale	L.114-6
18	Code de la sécurité sociale	L.122-2
18	Code de la sécurité sociale	L.122-3
18	Code de la sécurité sociale	L.122-7
18	Code de la sécurité sociale	L.122-9
18	Code de la sécurité sociale	L.123-1
18	Code de la sécurité sociale	L.123-2
18	Code de la sécurité sociale	L.123-3
18	Code de la sécurité sociale	L.216-6
18	Code de la sécurité sociale	L.217-3
18	Code de la sécurité sociale	L.217-3-1
18	Code de la sécurité sociale	L.217-5
18	Code de la sécurité sociale	L.217-6
18	Code de la sécurité sociale	L.224-5-1
18	Code de la sécurité sociale	L.224-5-2
18	Code de la sécurité sociale	L.281-2
18	Code de la sécurité sociale	L.382-2
18	Code de la sécurité sociale	L.641-3-1
18	Code de la sécurité sociale	L.641-7
18	Code de la sécurité sociale	L.122-1
18	Code de la sécurité sociale	L.217-4
18	Code de la sécurité sociale	L.641-7
18	Code de la sécurité sociale	L.228-1
18	Code de la sécurité sociale	L.641-3-1
18	L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	25-janv
18	L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	26
18	Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	15
19	Code de la sécurité sociale	L.131-7
19	Code de la sécurité sociale	L.131-8
19	Code de la sécurité sociale	L.135-3
19	Code de la sécurité sociale	L.136-8
19	Code de la sécurité sociale	L.138-21
19	Code de la sécurité sociale	Section 5 du chapitre V du titre IV du livre II [abrogé]

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions modifiées</b>	
<b>Article</b>	<b>Codes et lois</b>	<b>Numéro d'article</b>
19	Code de l'action sociale et des familles	L.14-10-4
19	Code de l'action sociale et des familles	L.14-10-5
19	Code général des impôts	Section VIII du chapitre III du titre I <sup>er</sup> de la première partie du livre premier - Art. 235 <i>ter</i> [rétablie]
19	Code général des impôts	1600-0-F <i>bis</i> [abrogé]
19	Code général des impôts	1600-0-S [abrogé]
19	Code rural et de la pêche maritime	L.713-2
19	Code rural et de la pêche maritime	L.732-58
19	Loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018	9
19	Code de la sécurité sociale	L.131-8
20	L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale	4
27	Code de la sécurité sociale	L.162-23-15
28	Code de la sécurité sociale	L.162-22-6-2
28	Code de la sécurité sociale	L.162-22-10
28	Code de la sécurité sociale	L.162-22-12
28	Code de la sécurité sociale	L.162-22-15
29	Code de la sécurité sociale	L.162-31-1
29	Code de la sécurité sociale	L.162-31-1
30	Code de la sécurité sociale	L.213-1
30	Code de la sécurité sociale	L.642-4-2 [nouveau]
31	Code de la santé publique	L.4041-2
31	Code de la santé publique	L.4041-3
31	Code de la santé publique	L.4042-1
31	Code de la sécurité sociale	L.162-1-7
32	Code de la sécurité sociale	L.161-38
32	Code de la sécurité sociale	L.162-2-3 [nouveau]
32	Code de la sécurité sociale	L.162-5
32	Code de la sécurité sociale	L.162-5-15
32	Code de la sécurité sociale	L.162-5-16
32	Code de la sécurité sociale	L.162-5-18 [nouveau]
32	Code de la sécurité sociale	L.162-16-1
33	Code de la sécurité sociale	L.133-4-2
33	Code de la sécurité sociale	L.162-9
33	Code de la sécurité sociale	L.165-1
33	Code de la sécurité sociale	L.165-1-4 [nouveau]
33	Code de la sécurité sociale	L.165-2
33	Code de la sécurité sociale	L.165-9
33	Code de la sécurité sociale	L.871-1
33	Code de la santé publique	L.2132-2-1
33	Code de la santé publique	L.2134-1 [abrogé]
34	Code de la sécurité sociale	L.861-1



<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions modifiées</b>	
<b>Article</b>	<b>Codes et lois</b>	<b>Numéro d'article</b>
34	Code de la sécurité sociale	L.861-2
34	Code de la sécurité sociale	L.861-3
34	Code de la sécurité sociale	L.861-4
34	Code de la sécurité sociale	L.861-5
34	Code de la sécurité sociale	L.861-6 [ <i>abrogé</i> ]
34	Code de la sécurité sociale	L.861-7
34	Code de la sécurité sociale	L.861-8
34	Code de la sécurité sociale	L.861-10
34	Code de la sécurité sociale	L.861-11 [ <i>nouveau</i> ]
34	Code de la sécurité sociale	L.862-1
34	Code de la sécurité sociale	L.862-2
34	Code de la sécurité sociale	L.862-4
34	Code de la sécurité sociale	L.862-6
34	Code de la sécurité sociale	L.862-7
34	Code de la sécurité sociale	Chapitre III et Chapitre IV du titre VI du livre VIII - art. L.863-1 à L.863-7-1 et L.864-1 et L.864-2 [ <i>abrogés</i> ]
34	Code de la sécurité sociale	L.114-17-1
34	Code de la sécurité sociale	L.142-3
34	Code de la sécurité sociale	L.160-1
34	Code de la sécurité sociale	L.160-3
34	Code de la sécurité sociale	L.160-15
34	Code de la sécurité sociale	L.162-1-21
34	Code de la sécurité sociale	L.162-9
34	Code de la sécurité sociale	L.162-16-7
34	Code de la sécurité sociale	L.162-40
34	Code de la sécurité sociale	L.165-6
34	Code de la sécurité sociale	L.211-1
34	Code de la sécurité sociale	L.752-4
34	Code de la sécurité sociale	L.871-1
34	Code de la sécurité sociale	L.911-7-1
34	Code rural et de la pêche maritime	L.723-2
34	Code de l'action sociale et des familles	L.251-1
34	Code de l'action sociale et des familles	L.252-3
34	Code de la santé publique	L.1110-3
34	Code de la santé publique	L.1511-1
34	Code de la santé publique	L.6122-15
34	Code des transports	L.1113-1
34	Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle	34
35	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte	20-11
36	Code de la sécurité sociale	Chapitre IX du titre VI du livre I <sup>er</sup> - Art. L.169-14 [ <i>nouveau</i> ]

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
36	Ordonnance n°77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon	9
36	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	20-1
37	Code de la santé publique	L.2132-2-1
37	Code de la santé publique	L.2421-1
37	Code de la sécurité sociale	L.160-9
37	Code de la sécurité sociale	L.160-14
37	Code de la sécurité sociale	L.162-1-22 [nouveau]
38	Code de la sécurité sociale	L.137-27
38	Code de la sécurité sociale	L.221-1-4 [nouveau]
39	Code de la santé publique	L.4161-1
39	Code de la santé publique	L.5125-1-1 A
39	Code de la sécurité sociale	L.162-16-1
40	Code de la santé publique	Chapitre V du titre III du livre 1 <sup>er</sup> de la deuxième partie - Art. L.2135-1 [nouveau]
40	Code de la santé publique	L.2112-8
40	Code de la sécurité sociale	Section 10 du chapitre IV du titre VII du livre 1 <sup>er</sup> - Art. L.174-17 [nouveau]
40	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	9
41	Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement	58
42	Code de la sécurité sociale	L.133-4
42	Code de la sécurité sociale	L.162-4
42	Code de la sécurité sociale	L.162-16-5-1
42	Code de la sécurité sociale	L.162-16-5-1-1 [nouveau]
42	Code de la sécurité sociale	L.162-16-5-2
42	Code de la sécurité sociale	L.162-16-5-3
42	Code de la sécurité sociale	L.162-16-5-4 [nouveau]
42	Code de la sécurité sociale	L.162-17
42	Code de la sécurité sociale	L.162-17-1-2 [nouveau]
42	Code de la sécurité sociale	L.162-17-2-1
42	Code de la sécurité sociale	L.162-17-2-2 [nouveau]
42	Code de la sécurité sociale	L.162-17-4
42	Code de la sécurité sociale	L.162-18
42	Code de la sécurité sociale	L.162-22-7-3
42	Code de la sécurité sociale	L.165-1-4 [nouveau]

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions modifiées</b>	
<b>Article</b>	<b>Codes et lois</b>	<b>Numéro d'article</b>
42	Code de la sécurité sociale	L.165-4
42	Code de la santé publique	L.5121-13
43	Code de la santé publique	L.5121-1
43	Code de la santé publique	L.5121-10
43	Code de la santé publique	L.5125-23
43	Code de la santé publique	L.5125-23-2
43	Code de la santé publique	L.5125-23-4 [ <i>abrogé</i> ]
43	Code de la sécurité sociale	L.162-16
43	Code de la sécurité sociale	L.162-16-7
43	Code de la sécurité sociale	L.162-22-7-4 [ <i>nouveau</i> ]
45	Code de la sécurité sociale	L.531-5
45	Code de la sécurité sociale	L.531-6
45	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	11
46	Code de la sécurité sociale	L.531-5
46	Code de la sécurité sociale	L.531-6
46	Code de la sécurité sociale	L.543-1
46	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	11
46	Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte	8
47	Code de la sécurité sociale	L.623-1
47	Code de la sécurité sociale	L.623-4
47	Code de la sécurité sociale	L.663-1
47	Code rural et de la pêche maritime	L.722-10
47	Code rural et de la pêche maritime	L.732-10
47	Code rural et de la pêche maritime	L.732-10-1
47	Code rural et de la pêche maritime	L.732-12-2
48	Code de la sécurité sociale	L.622-3
48	Code de la sécurité sociale	L.632-1
48	Code de la sécurité sociale	L.646-4
48	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	20-10-2 [ <i>abrogé</i> ]
49	Code de la sécurité sociale	L.133-4
49	Code de la sécurité sociale	L.133-4-1

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions modifiées</b>	
<b>Article</b>	<b>Codes et lois</b>	<b>Numéro d'article</b>
49	Code de la sécurité sociale	L.161-17-1-1
49	Code de la sécurité sociale	L.355-3
49	Code de la sécurité sociale	L.553-2
49	Code de la sécurité sociale	L.815-11
49	Code de la sécurité sociale	L.821-5-1
49	Code de la sécurité sociale	L.835-3
49	Code de la sécurité sociale	L.845-3
49	Code de la sécurité sociale	L.861-3
49	Code de la sécurité sociale	L.863-7-1
49	Code de l'action sociale et des familles	L.262-46
49	Code de la construction et de l'habitation	L.351-11
49	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	20-5-6
49	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	20-8-6
49	Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte	13
49	Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	20
49	Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	35-3
49	Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	42-1
49	Ordonnance n° 2006-1588 du 13 décembre 2006 relative au régime de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles à Mayotte	104-1
49	Ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte	1 <sup>er</sup>
49	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	8-4 [nouveau]

<b>Projet de loi</b>	<b>Dispositions modifiées</b>	
<b>Article</b>	<b>Codes et lois</b>	<b>Numéro d'article</b>
49	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	9-6
49	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	11
49	Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon	5
49	Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon	7
50	Code de la sécurité sociale	L.133-5-3
50	Code de la sécurité sociale	L.133-5-4
50	Code de la sécurité sociale	L.221-1
50	Code de la sécurité sociale	L.222-1
50	Code de la sécurité sociale	L.223-1
50	Code de la sécurité sociale	L.542-2
50	Code de la sécurité sociale	L.831-4
50	Code rural et de la pêche maritime	L.723-11
50	Code de la construction et de l'habitation	L.351-3
50	Code de la sécurité sociale	L.133-5-3



**ANNEXE N° 3**  
**LISTE DES LIENS VIDÉO RELATIFS**  
**À L'EXAMEN DU PROJET DE LOI**

– Mercredi 10 octobre 2018 à 21 heures 30 : audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et de M. Gérald Darmanin, ministre de l'Action et des Comptes publics, et discussion générale

[http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6720658\\_5bbe515bc8950.commission-des-affaires-sociales--mme-agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-m-gera-10-octobre-2018](http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6720658_5bbe515bc8950.commission-des-affaires-sociales--mme-agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-m-gera-10-octobre-2018)

– Mardi 16 octobre 2018 à 16 heures 15 (articles 1 à 11) :

[http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6742064\\_5bc5f0c95eec9.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2019-16-octobre-2018](http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6742064_5bc5f0c95eec9.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2019-16-octobre-2018)

– Mardi 16 octobre 2018 à 21 heures 30 (après l'article 11 à après l'article 28) :

[http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6748236\\_5bc63ab935ffb.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2019-su-16-octobre-2018](http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6748236_5bc63ab935ffb.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2019-su-16-octobre-2018)

– Mercredi 17 octobre 2018 à 9 heures 30 (articles 29 à 36) :

[http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6750554\\_5bc6e2bbca3c9.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2019-su-17-octobre-2018](http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6750554_5bc6e2bbca3c9.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2019-su-17-octobre-2018)

– Mercredi 17 octobre 2018 à 16 heures 15 (articles 37 à 58) :

[http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6758511\\_5bc741a48c678.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2019-su-17-octobre-2018](http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6758511_5bc741a48c678.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2019-su-17-octobre-2018)