



N° 1297

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 octobre 2018.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2019,

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

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. Édouard PHILIPPE,
Premier ministre,

PAR M. Gérard DARMANIN,
ministre de l'action et des comptes publics,

ET PAR Mme Agnès BUZYN,
ministre des solidarités et de la santé

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'action et des comptes publics et de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, délibéré en conseil des ministres après avis du Conseil d'État, sera présenté à l'Assemblée nationale par le ministre de l'action et des comptes publics et la ministre des solidarités et de la santé, qui seront chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

PREMIÈRE PARTIE :

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

Article 1^{er}

① Au titre de l'exercice 2017, sont approuvés :

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

③ *(en milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	203,1	208,0	-4,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,4	13,2	1,2
Vieillesse	232,7	230,7	2,0
Famille	49,8	50,0	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	486,2	488,1	-1,9
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	483,7	488,6	-4,8

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

- ⑤ *(en milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	201,3	206,2	-4,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,9	11,7	1,1
Vieillesse	126,6	124,8	1,8
Famille	49,8	50,0	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	377,6	379,8	-2,2
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	376,5	381,6	-5,1

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

- ⑦ *(en milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,6	19,6	-2,9

- ⑧ 4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 190,7 milliards d'euros ;

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

- ⑩ 6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 15,0 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le redressement des comptes du régime général s'est poursuivi en 2017 : le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse se réduit de 7,8 Md€ en 2016 à 5,1 Md€ en 2017. Cette amélioration des soldes du régime général permet de poursuivre la résorption de la dette

sociale, l'amortissement réalisé par la CADES en 2017 étant bien supérieur au montant du déficit enregistré.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2017, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2017 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE :

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 3

Au III de l'article 73 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 le montant : « 105 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 125 millions d'euros ».

Exposé des motifs

En application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV).

La dotation initiale pour l'année 2018 a été fixée à 105 millions d'euros. Les prévisions d'exécution pour l'année 2018 font apparaître un besoin de financement complémentaire de 20 millions d'euros au regard des prévisions initiales, les dépenses d'intervention au titre des accidents médicaux ayant connu une progression importante. Cette progression tient en premier lieu à une augmentation significative des demandes amiables et des contentieux liée à une hausse de la sinistralité en matière d'accidents médicaux constatée en 2017. Par ailleurs, les efforts de redressement engagés suite au contrôle de la Cour des comptes de 2016 sur la gestion de

l'ONIAM engendrent un effet de rattrapage sur les dépenses d'indemnisation et de déstockage de dossiers restant en attente de décision. Il est proposé en conséquence une dotation rectificative de 125 millions d'euros.

Article 4

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 138-16 :
- ③ a) Au premier alinéa, les mots : « de la contribution » sont remplacés par les mots : « des contributions » et les mots : « , dû au titre du taux (Lv), » sont supprimés ;
- ④ b) Le second alinéa est supprimé ;
- ⑤ 2° Au 8° de l'article L. 221-1, les mots : « L. 221-1-1, » sont supprimés ;
- ⑥ 3° L'article L. 221-1-1 est abrogé.
- ⑦ II. – Le second alinéa du III de l'article 95 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est supprimé.
- ⑧ III. – Les modalités de suivi et de comptabilisation des recettes et dépenses mentionnées aux II et III de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, dans sa version antérieure à la promulgation de la présente loi, telles que mises en œuvre pour l'exercice 2017, sont maintenues pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base d'assurance maladie de l'exercice 2018.
- ⑨ Le montant de la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, comptabilisée par ces derniers et incluse dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, correspond au solde des recettes et dépenses mentionnées au précédent alinéa.

Exposé des motifs

L'article simplifie le circuit de remboursement des médicaments pris en charge par l'assurance maladie. Depuis l'année 2017, les médicaments remboursés sont en effet pris en charge pour partie directement par

l'assurance maladie, et pour partie par le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP). Ce double circuit de prise en charge complexifie la lisibilité du système de remboursement, sans pour autant modifier les capacités financières disponibles pour la prise en charge des médicaments. En outre, les règles de mobilisation des crédits du fonds ainsi que celles relatives à la reconstitution de ses marges de manœuvre ne lui permettent pas d'amortir les fluctuations des dépenses de médicament, ce qui était pourtant sa vocation. Pour simplifier ces circuits de prise en charge, l'article supprime le FFIP et permet un remboursement des médicaments directement par l'assurance maladie. Cette évolution est sans conséquence sur l'accès aux thérapies innovantes ou sur la dynamique de l'ONDAM.

Article 5

① I. – Au titre de l'année 2018, sont rectifiés :

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

③ *(en milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	211,9	212,8	-0,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,2	13,3	0,9
Vieillesse	236,9	236,6	0,4
Famille	50,5	50,1	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	499,9	499,2	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	498,2	499,6	-1,4

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

⑤

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	210,4	211,3	-0,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	12,0	0,8
Vieillesse	134,5	133,7	0,8
Famille	50,5	50,1	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	395,2	394,1	1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	394,6	395,7	-1,0

⑥

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

⑦

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,8	18,9	-2,1

⑧

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 15,4 milliards d'euros ;

⑨

5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles.

⑩

II. – En 2018, et par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, le crédit d'impôt prévu à l'article 231 A du code général des impôts ne fait pas l'objet d'une compensation à la sécurité sociale.

Exposé des motifs

En 2018, les branches famille, vieillesse, et accidents du travail et maladie professionnelles du régime général dégageraient des excédents pour un montant cumulé de 2,0 Md€. Le déficit de la branche maladie du régime général s'élèverait toutefois à - 0,9 Md€. Le déficit du Fonds de solidarité vieillesse se réduit de 800 millions d'euros par rapport à 2017 pour atteindre -2,1 Md€. Comme en 2017, le crédit d'impôt de taxe sur les

salaires ne fera pas l'objet d'une compensation par l'Etat à la sécurité sociale.

Article 6

- ① Au titre de l'année 2018, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

- ② *(en milliards d'euros)*

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	89,5
Dépenses relatives aux établissements de santé	80,5
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,3
Autres prises en charge	1,7
Total	195,4

Exposé des motifs

La progression de l'ONDAM 2018 a été fixée à 2,3% en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Pour la neuvième fois consécutive, cet objectif sera respecté. En tenant compte de la suppression du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP, cf. annexe 7, encadré 1), cette progression nécessite de fixer le niveau de dépenses à 195,4 Md€.

TROISIÈME PARTIE :

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

TITRE I^{ER}

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU
RECOUVREMENT ET À LA TRESORERIE**

CHAPITRE I^{ER}

Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs

Article 7

- ① I. – Il est rétabli, après l'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale, un article L. 241-17 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 241-17.* – I. – Ouvrent droit à une réduction des cotisations salariales d'origine légale mentionnées à l'article L. 241-3 :
- ③ « 1° Les rémunérations versées aux salariés au titre des heures supplémentaires de travail définies aux articles L. 3121-28 à L. 3121-39 du code du travail et, pour les salariés ayant conclu la convention de forfait annuel en heures prévue au deuxième alinéa de l'article L. 3121-56 du même code, des heures effectuées au-delà de 1 607 heures ;
- ④ « 2° Les rémunérations versées au titre des heures mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3123-2 du même code ;
- ⑤ « 3° Les rémunérations versées au titre des heures supplémentaires mentionnées à l'article L. 3121-41 du même code, à l'exception des heures effectuées en-deçà de 1 607 heures lorsque la durée annuelle fixée par l'accord mentionné à cet article est inférieure à ce niveau ;
- ⑥ « 4° La majoration de rémunération versée aux salariés ayant conclu la convention de forfait annuel en jours prévue à l'article L. 3121-58 du même code, en contrepartie de leur renonciation, au-delà de la limite du nombre de jours fixée en application du 3° du I de l'article L. 3121-64 du

même code, à des jours de repos dans les conditions prévues à l'article L. 3121-59 du même code ;

- ⑦ « 5° Les rémunérations versées aux salariés à temps partiel au titre des heures complémentaires de travail accomplies en application des articles L. 3123-8, L. 3123-9, L. 3123-20 et L. 3123-21, du dernier alinéa de l'article L. 3123-22 et des articles L. 3123-28 et L. 3123-29 du même code ;
- ⑧ « 6° Les rémunérations versées aux salariés des particuliers employeurs au titre des heures supplémentaires qu'ils réalisent ;
- ⑨ « 7° Les rémunérations versées aux assistants maternels définis à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles au titre des heures supplémentaires qu'ils accomplissent au-delà d'une durée hebdomadaire de quarante-cinq heures, ainsi que les salaires qui leur sont versés au titre des heures complémentaires accomplies au sens de la convention collective nationale qui leur est applicable ;
- ⑩ « 8° Les rémunérations versées aux autres salariés dont la durée du travail ne relève pas des dispositions du titre II du livre I^{er} de la troisième partie du code du travail ou du chapitre III du titre I^{er} du livre VII du code rural et de la pêche maritime au titre des heures supplémentaires ou complémentaires de travail qu'ils effectuent ou, dans le cadre de conventions de forfait en jours, les salaires versés en contrepartie des jours de repos auxquels les salariés auront renoncé au-delà du plafond de deux cent dix-huit jours.
- ⑪ « II. – Le montant de la réduction, prévue au I, de cotisations salariales d'origine légale mentionnées à l'article L. 241-3 du présent code est égal au produit d'un taux fixé par décret et des rémunérations mentionnées au même I, dans la limite des cotisations d'origine légale et conventionnelle dont le salarié est redevable au titre des heures concernées. La réduction est imputée sur le montant des cotisations salariales d'origine légale mentionnées à l'article L. 241-3 dues pour chaque salarié concerné au titre de l'ensemble de sa rémunération définie à l'article L. 242-1 pour les périodes au titre desquelles elle est attribuée et ne peut dépasser ce montant.
- ⑫ « III. – Le I et le II sont également applicables, selon des modalités prévues par décret :

- ⑬ « 1° Aux éléments de rémunération versés aux agents publics titulaires et non titulaires au titre des heures supplémentaires qu'ils réalisent ou du temps de travail additionnel effectif ;
- ⑭ « 2° À la rémunération des heures supplémentaires ou complémentaires effectuées par les salariés relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.
- ⑮ « IV. – La réduction prévue au I s'applique :
- ⑯ « 1° Aux rémunérations mentionnées au I et, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, dans la limite :
- ⑰ « a) Des taux prévus par la convention ou accord collectif applicable mentionné au I de l'article L. 3121-33 du code du travail s'agissant des heures supplémentaires et à l'article L. 3123-21 ou au dernier alinéa de l'article L. 3123-22 du même code s'agissant des heures complémentaires ;
- ⑱ « b) À défaut d'une telle convention ou d'un tel accord :
- ⑲ « - pour les heures supplémentaires, des taux de 25 % ou de 50 % prévus, selon les cas, à l'article L. 3121-36 du même code ;
- ⑳ « - pour les heures complémentaires, des taux de 10 % ou de 25 % prévus, selon les cas, au dernier alinéa de l'article L. 3123-22 ou à l'article L. 3123-29 du même code ;
- ㉑ « 2° Aux éléments de rémunération mentionnés au 1° du III dans la limite des dispositions applicables aux agents concernés.
- ㉒ « V. – Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque les salaires ou éléments de rémunération qui y sont mentionnés se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens de l'article L. 242-1, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement des salaires ou éléments de rémunération précités.
- ㉓ « VI. – Le cumul de la réduction prévue au présent article avec l'application d'une exonération totale ou partielle de cotisations salariales de sécurité sociale ou avec l'application de taux réduits, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations ne peut être autorisé, dans la limite mentionnée au II, que dans des conditions fixées par décret, compte tenu du niveau des cotisations dont sont redevables les salariés concernés. »

- ②④ II. – Les deuxième à sixième alinéas du I de l'article L. 241-18 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ②⑤ « La réduction s'applique au titre des heures mentionnées aux 1° à 3° du I de l'article L. 241-17. »
- ②⑥ III. – À l'article L. 741-15 du code rural et de la pêche maritime, après les mots : « des articles L. 241 13, », sont insérés les mots : « L. 241-17, ».
- ②⑦ IV. – Le présent article s'applique aux cotisations dues pour les périodes courant à compter du 1^{er} septembre 2019.

Exposé des motifs

Dans le cadre des mesures visant à renforcer le pouvoir d'achat des actifs et à améliorer l'attractivité du travail, afin de stimuler la croissance et l'activité, le Président de la République a annoncé la mise en œuvre dès 2019 d'un dispositif d'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires, permettant un gain net de pouvoir d'achat des salariés tout en incitant à une augmentation de la durée travaillée.

Il est donc proposé d'instituer un 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^{er} septembre 2019. Cette mesure s'inscrit dans la continuité de la suppression des cotisations salariales d'assurance maladie et d'assurance chômage en deux étapes au 1^{er} janvier et au 1^{er} octobre 2018 pour l'ensemble des salariés.

La mesure permettra d'exonérer totalement la part salariale des cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire sur les heures supplémentaires et complémentaires, sans effet sur les droits sociaux des assurés. Seules la CSG et la CRDS, contributions applicables sur l'ensemble des revenus, resteront dues. Cette exonération bénéficiera à l'ensemble des salariés du secteur privé, ainsi qu'aux agents des trois versants de la fonction publique, qu'ils soient titulaires ou non. Pour un salarié du secteur privé, cette mesure permettra un gain de pouvoir d'achat équivalent à 11,3% de la rémunération brute perçue au titre de chaque heure supplémentaire et un gain annuel moyen de pouvoir d'achat de l'ordre de 200€.

Article 8

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la deuxième phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 133-1, les mots : « ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés et les mêmes mots sont ajoutés après les mots : « par l'inspecteur », à la troisième phrase du même alinéa ;
- ③ 2° À l'article L. 241-2-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, applicable à compter du 1^{er} janvier 2019 :
- ④ a) Les mots : « mentionnées au 1° du II l'article L. 241-2 » sont remplacés par les mots : « d'assurance maladie » ;
- ⑤ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés au 3° ou au 6° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre 1 du titre 1 du livre 7 du présent code. » ;
- ⑦ 3° Au deuxième alinéa de l'article L. 241-5, après les mots : « La réduction mentionnée », sont insérés les mots : « au III de l'article L. 241-10 et » ;
- ⑧ 4° À l'article L. 241-6-1 :
- ⑨ a) Les mots : « mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 » sont remplacés par les mots : « d'allocations familiales » ;
- ⑩ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre 1 du titre 1 du livre 7 du présent code. » ;
- ⑫ 5° L'article L. 241-6-4 est abrogé ;
- ⑬ 6° Au III de l'article L. 241-10 :
- ⑭ a) Après le quatrième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

- ⑮ « Les structures mentionnées aux 1° et 3°, lorsqu'elles constituent des employeurs de droit privé, sont en outre exonérées, pour les rémunérations versées aux aides à domicile employées dans les conditions définies au premier alinéa du III, de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, des contributions mentionnées à l'article L. 834-1, des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire et des 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.
- ⑯ « Pour les structures mentionnées à l'alinéa précédent, lorsque la rémunération est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 10 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur. À partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération est égale au salaire minimum de croissance annuel majoré de 60 %. » ;
- ⑰ *b)* Au cinquième alinéa, devenu le septième, les mots : « Cette exonération s'applique » sont remplacés par les mots : « Ces exonérations s'appliquent » ;
- ⑱ 7° L'article L. 241-11 est abrogé ;
- ⑲ 8° Le VII de l'article L. 241-13, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, applicable à compter du 1^{er} janvier 2019, est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑳ « Pour les salariés mentionnés au *e* de l'article L. 5427-1 du code du travail, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du même code. » ;
- ㉑ 9° Au II de l'article L. 243-6-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, applicable à compter du 1^{er} janvier 2019, les mots : « Le I est également applicable lorsque le cotisant » sont remplacés par les mots : « La procédure d'arbitrage prévue au I est également applicable lorsque le cotisant, qu'il possède un ou plusieurs établissements, » ;

- ②② 10° À l'article L. 752-3-2 :
- ②③ a) Les I à IV sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ②④ « I. – En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail et des particuliers employeurs, sont exonérés du paiement des cotisations et contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code dans les conditions définies au présent article.
- ②⑤ « II. – L'exonération s'applique :
- ②⑥ « 1° Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de onze salariés ;
- ②⑦ « 2° Quel que soit leur effectif, aux employeurs du secteur du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de l'environnement, de l'agronutrition, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, de la restauration de tourisme y compris les activités de loisirs s'y rapportant, de l'hôtellerie, de la recherche et du développement, ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 259 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013.
- ②⑧ « III. – A. – Pour les employeurs mentionnés au 1° du II et ceux mentionnés au 2° du II relevant du secteur du bâtiment et des travaux publics, lorsque le revenu d'activité de l'année tel qu'il est pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 30 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur, mentionnées au I de l'article L. 241-13. À partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 100 %.

- ②⑨ « B. – Pour les employeurs, quel que soit leur effectif, relevant des secteurs mentionnés au 2° du II, à l'exception du secteur du bâtiment et des travaux publics, et pour les entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 259 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013, lorsque le revenu d'activité de l'année est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13. À partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 140 %.
- ③⑩ « IV. – Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, en fonction des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1.
- ③⑪ « Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, la valeur du salaire minimum de croissance prise en compte pour la détermination de l'exonération est celle qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont employés.
- ③⑫ « Pour les plages de revenus sur lesquelles les exonérations mentionnées aux III sont décroissantes, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du taux de l'exonération est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. » ;
- ③⑬ *b) Le VIII est abrogé.*
- ③⑭ II. – Les articles L. 741-5, L. 741-16 et L. 741-16-1 du code rural et de la pêche maritime sont abrogés.
- ③⑮ III. – À l'article L. 5553-11 du code des transports :
- ③⑯ 1° Après les mots : « qui sont embarqués à bord des navires de commerce », les mots : « battant pavillon français » sont remplacés par les mots : « dirigés et contrôlés à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, battant pavillon français ou d'un autre État membre de

l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique, et » ;

③⑦ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

③⑧ « Le bénéfice des exonérations prévues à l'alinéa précédent est conditionné au fait que les membres de l'équipage des navires sur lesquels des marins sont concernés par l'exonération sont, dans une proportion d'au moins 25 %, des ressortissants d'un État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique. Cette proportion est calculée sur la base de la fiche d'effectif et s'apprécie sur l'ensemble de la flotte composée des navires embarquant au moins un marin pour lequel l'employeur bénéficie de l'exonération prévue au présent article. »

③⑨ IV. – Le code du travail est ainsi modifié :

④① 1° Au 1° de l'article L. 5134-31, les mots : « Des cotisations » sont remplacés par les mots : « Pour les personnes morales mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 5134-21, des cotisations » ;

④② 2° Au premier alinéa de l'article L. 5134-59, les mots : « et à l'article L. 741-5 du même code » sont supprimés ;

④③ 3° À la dernière phrase de l'article L. 6227-8, les mots : « au second alinéa du II de l'article L. 6243-2 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 6243-3 » ;

④④ 4° Après l'article L. 6227-8, il est inséré un article L. 6227-8-1 ainsi rédigé :

④⑤ « *Art. L. 6227-8-1.* – L'employeur est exonéré de la totalité des cotisations sociales d'origine légale et conventionnelle qui sont à sa charge, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. » ;

④⑥ 5° L'article L. 6243-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

④⑦ « *Art. L. 6243-2.* – L'apprenti est exonéré de la totalité des cotisations salariales d'origine légale et conventionnelle pour la part de sa rémunération inférieure ou égale à un plafond fixé par décret. » ;

④⑧ 6° Les quatre premiers alinéas de l'article L. 6243-3 sont supprimés ;

④⑨ 7° L'article L. 6261-1 est abrogé ;

- ④⑨ 8° La section 5 du chapitre V du titre II du livre III de la sixième partie intitulée : « Exonération de cotisations sociales » et les articles L. 6325-16 à L. 6325-22 sont abrogés.
- ⑤⑩ V. – L'article 20 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est ainsi modifié :
- ⑤⑪ 1° Le II est supprimé ;
- ⑤⑫ 2° Au 1° du A du IV, les mots : « Des cotisations » sont remplacés par les mots : « Pour les employeurs publics mettant en place des ateliers et chantiers d'insertion conventionnés par l'État en application des dispositions de l'article L. 5132-15 du code du travail, des cotisations ».
- ⑤⑬ VI. – A. – Pour les rémunérations dues au titre des salariés relevant de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, la valeur maximale du coefficient mentionné au troisième alinéa du III de cet article est limitée, pour l'année 2019, à la somme des taux des cotisations et des contributions mentionnées au I de cet article, à l'exception des 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.
- ⑤⑭ Pour les rémunérations de ces salariés, un coefficient limité au taux des 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 s'ajoute, pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2019, au coefficient mentionné à l'alinéa précédent.
- ⑤⑮ Chacun des coefficients mentionnés aux deux alinéas précédents est calculé, en fonction de la rémunération annuelle totale prise en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.
- ⑤⑯ B. – Le A n'est pas applicable aux rémunérations dues pour des salariés employés :
- ⑤⑰ 1° Par les associations intermédiaires mentionnées à l'article L. 5132-7 du code du travail et par les ateliers et chantiers d'insertion mentionnés à l'article L. 5132-15 de ce même code ;
- ⑤⑱ 2° Au titre des contrats d'apprentissage mentionnés à l'article L. 6221-1 du code du travail et des contrats de professionnalisation mentionnés à l'article L. 6325-1 de ce même code conclus avec des demandeurs d'emploi de quarante-cinq ans et plus ou conclus par les

groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification mentionnés à l'article L. 1253-1 du même code ;

- ⑤⑨ 3° Par les employeurs occupés aux activités mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime ;
- ⑥⑩ 4° Par les employeurs localisés en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.
- ⑥① VII. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019. Les dispositions du 9° du I s'appliquent aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2019.
- ⑥② Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les dispositions du III entrent en vigueur dès lors que la Commission européenne a confirmé que cette mesure est compatible avec le droit de l'Union européenne.

Exposé des motifs

Conformément au programme présidentiel, le Gouvernement a souhaité transformer à compter de 2019 le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) ainsi que le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) en baisse de cotisations sociales pérennes pour les entreprises et les associations. Cette mesure répond à un double objectif de réduction du coût du travail et de simplification, dans la mesure où les employeurs pourront désormais bénéficier de façon immédiate des réductions du coût du travail.

En outre, le Gouvernement a souhaité encourager encore davantage l'embauche de nouveaux salariés, en renforçant le dispositif des allègements généraux. Au niveau du SMIC, les cotisations et contributions sociales acquittées par toutes les entreprises seront désormais totalement exonérées. Ce renforcement orienté vers les plus bas salaires portera sur les cotisations patronales dues au titre du risque chômage et de la retraite complémentaire et représentera ainsi un renforcement d'un tiers des exonérations sociales au niveau du SMIC. De ce fait, le coût total pour l'employeur d'un emploi sera fortement rapproché de son coût brut et en particulier pour les petites entreprises, ces dernières n'étant par ailleurs pas soumises à plusieurs contributions sociales. Ces évolutions sont sans effet sur les droits des salariés.

Cette transformation et ce renforcement se matérialiseront en deux temps :

– À compter du 1^{er} janvier 2019, un allègement permanent de cotisations d'assurance maladie de 6 points entrera en vigueur pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC et se substituera au CICE et au CITS, dans une absolue neutralité pour les employeurs. Afin d'assurer également une compensation intégrale du CICE et un gain immédiat par rapport au CITS pour les employeurs de salariés bénéficiant déjà d'exonérations de cotisation sociales portant sur les cotisations d'assurance maladie, les cotisations sociales patronales exonérées dans le cadre des allègements généraux de cotisations sociales comprendront désormais, à compter de la même date, les cotisations de retraite complémentaire obligatoire (soit une majoration de 6,01 points du taux maximum d'exonération assurant la neutralité par rapport au CICE) ;

– Dans un second temps, pour les rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} octobre, les allègements généraux de cotisations sociales seront à nouveau renforcés et porteront en outre sur l'équivalent des cotisations patronales d'assurance chômage (soit une majoration de 4,05 points au-delà de la seule compensation de la perte du CICE). Ainsi, la totalité des cotisations et contributions patronales qui sont dues par l'ensemble des employeurs seront exonérées au niveau du SMIC, ce qui représente un allègement du coût du travail total équivalent à 40% de la rémunération brute. Le bénéfice de cette majoration s'étendra à l'ensemble des rémunérations bénéficiant des allègements généraux soit jusqu'à 1,6 SMIC.

Au titre de l'année 2019, les entreprises verront par ailleurs ces mesures se cumuler avec le bénéfice du CICE versé au titre de l'année 2018, offrant ainsi un apport en trésorerie sans précédent aux employeurs.

Ces baisses de cotisations seront très favorables aux acteurs de l'économie sociale et solidaire, secteur qui ne bénéficiait pas du CICE mais du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS), également supprimé mais dont le niveau était inférieur à celui du CICE (4 % de la masse salariale).

Ce renforcement très significatif pour la très grande majorité des entreprises appelle par ailleurs un réexamen des dispositifs d'exonérations ciblées et spécifiques (c'est-à-dire les exonérations en outre-mer, instituées en 2009 par la LODEOM ; les exonérations au titre des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi, dit TO-DE ; les exonérations au titre des contrats aidés ou soutenus en faveur de l'insertion par l'activité économique ; les exonérations au titre des contrats de formation en alternance ; enfin les exonérations au titre des contrats dans le secteur des

services à la personne), en vue soit d'une révision, soit d'une extinction de ces dispositifs dès lors que certains deviendraient à droit constant, pour la plupart des bénéficiaires, moins favorables que les allègements généraux.

Le présent article procède aux modifications suivantes :

– Les contrats de formation en alternance (contrat d'apprentissage et contrat de professionnalisation) bénéficient d'exonérations de cotisations et contributions sociales spécifiques en fonction de la taille de l'entreprise, de l'âge du bénéficiaire ou de la nature de l'employeur. Le régime des allègements généraux sera à compter du 1er janvier 2019 plus favorable que les dispositifs spécifiques actuellement en vigueur pour l'alternance pour toutes les rémunérations inférieures ou égales au SMIC. Le présent article supprime donc les régimes d'exonération spécifique des cotisations patronales sur les contrats de formation en alternance (à l'exception de celui portant sur les contrats d'apprentissage dans le secteur public) afin de les faire bénéficier des allègements généraux renforcés à compter du 1er janvier 2019. Par ailleurs, compte tenu de l'introduction par la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel de nouvelles catégories d'apprentis, plus âgés et mieux rémunérés, l'avantage que représente l'exonération totale des cotisations salariales d'origine légale ou conventionnelle, qui est maintenu, sera désormais plafonné au niveau des cotisations et contributions dues pour une rémunération équivalente au SMIC.

– Les structures d'insertion par l'activité économique bénéficient de plusieurs dispositifs visant à favoriser le recrutement de certains publics fragiles et éloignés du marché de l'emploi. En particulier, les associations intermédiaires (AI) et les ateliers et chantiers d'insertion (ACI), structures d'insertion par l'activité économique, ainsi que les employeurs de personnes en contrat unique d'insertion sous forme de contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE) bénéficient d'exonérations spécifiques de cotisations sociales employeurs, visant à favoriser le recrutement de certains publics fragiles et éloignés de l'emploi. En cohérence avec les engagements gouvernementaux pris dans le cadre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté en faveur de l'insertion par l'activité des personnes touchées par la pauvreté, le présent article supprime donc ces régimes d'exonération spécifiques (à l'exception des contrats au sein des employeurs publics, dont la situation est inchangée), moins favorables, afin de faire bénéficier aux AI et ACI des allègements généraux à compter du 1er janvier 2019, et au 1er octobre pour les contrats aidés.

Les employeurs localisés en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin peuvent bénéficier d'une exonération des cotisations de sécurité sociale (hors cotisations AT-MP) ainsi que du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) au taux majoré de 9 %. L'éligibilité des employeurs à ces exonérations, ainsi que le barème applicable, dépend de leur taille (moins de 11 salariés ou 11 salariés et plus), de leur secteur d'activité et de leur éligibilité ou non au CICE. Ainsi, six barèmes spécifiques sont actuellement en vigueur. Les employeurs qui ne sont pas éligibles à ces dispositifs d'exonération bénéficient quant à eux des allègements généraux de cotisations sociales, ainsi éventuellement que du CICE majoré. Pour ces employeurs, le présent article poursuit plusieurs objectifs. Il s'agit tout d'abord de compenser la suppression du CICE spécifique aux entreprises ultra-marines. Le dispositif actuel sera en outre recentré et simplifié, conformément aux orientations fixées par le Livre bleu des outre-mer, d'une part en renforçant le niveau des exonérations pour les plus bas salaires, pour lesquels le coût du travail diminuera, même en tenant compte de la suppression du CICE, et d'autre part en réduisant le nombre de barèmes d'exonération de 6 à 2 :

- le premier barème prévoit, pour les entreprises de moins de 11 salariés et celles appartenant au secteur du bâtiment et des travaux publics, le maintien du taux maximal d'exonération jusqu'à 1,3 SMIC et une dégressivité jusqu'à 2 SMIC ;

- le second barème permet de favoriser les entreprises, quel que soit leur effectif, des secteurs devant être prioritairement soutenus, c'est à dire l'environnement, l'agriculture, la pêche, les économies touristique et numérique, l'industrie et la recherche et le développement, pour lesquels l'exonération sera renforcée et intégrale jusqu'à 1,4 SMIC puis dégressive jusqu'à 2,4 SMIC.

- Les organismes prestataires qui emploient des aides à domicile bénéficient, afin de favoriser le maintien à leur domicile des personnes fragiles en raison de leur dépendance ou de leur handicap et de développer l'emploi dans le secteur des services à la personne, d'une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exclusion des cotisations AT-MP, sans plafond de rémunération, sur la partie de la rémunération correspondant aux tâches effectuées auprès d'un public fragile ou d'une exonération totale de ces mêmes cotisations dans la limite de 65 heures rémunérées au SMIC pour les prestations réalisées auprès d'une personne âgée de plus de 70 ans. Les particuliers employant directement des personnes dans de telles conditions bénéficient des mêmes exonérations.

Par ailleurs, les organismes prestataires, à l'exception des employeurs publics, sont éligibles soit au crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE, au taux de 6 %) soit, pour une partie des structures non-lucratives effectivement redevables de la taxe sur les salaires, au crédit d'impôt à la taxe sur les salaires (CITS, au taux de 4 %). Pour les employeurs éligibles à ces crédits d'impôt, le présent article a pour objectif d'aligner le niveau des exonérations spécifiques applicables dans le secteur de l'aide à domicile afin que celui-ci soit au moins équivalent à celui du droit commun au niveau du SMIC. Aussi, le niveau de ces exonérations au SMIC sera augmenté pour passer de 28,7 % aujourd'hui à 40 % (pour un employeur de moins de 20 salariés) ou 40,4% (dans les autres cas) et portera, comme les allègements généraux de cotisations sociales, sur les cotisations dues au titre de la part mutualisée du risque AT-MP (0,84 %), sur les cotisations d'assurance vieillesse complémentaire (6,01 %) ainsi que sur la contribution d'assurance chômage (4,05 %), la contribution au fonds national d'action pour le logement (0,1% sur les salaires plafonnés pour les employeurs de moins de 20 salariés et 0,5% dans les autres cas) et la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,3 %). La mesure propose de mettre en œuvre une dégressivité de ces allègements, sous la même forme que pour l'ensemble des dispositifs d'exonérations alignés sur le droit commun. Toutefois, afin de conserver pour les rémunérations de ces secteurs un avantage par rapport au cas général, l'exonération des cotisations et contributions patronales ainsi renforcée restera totale jusqu'à un niveau de salaire égal à 1,1 SMIC, pour être ensuite dégressive jusqu'à 1,6 SMIC.

– Les exonérations de cotisations patronales pour l'emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE) applicable pour le régime agricole sont supprimées au profit des allègements généraux renforcés de droit commun entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2019 pour les entreprises du secteur de la production agricole. Même si la suppression du dispositif spécifique aboutit à de moindres exonérations pour certains employeurs agricoles, les gains liés au renforcement des allègements généraux vont profiter à la majorité des secteurs agricoles.

Les modalités de suppression du CICE pour les employeurs dont les salariés relèvent de certains régimes spéciaux sont également prévues par cet article, en octroyant aux employeurs concernés le bénéfice de la réduction de 6 points du taux de cotisation d'assurance maladie pour les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC. Dans un souci d'équité entre régimes et de convergence progressive vers le droit commun, cette réduction s'appliquera en référence à des taux maladie qui seront

progressivement alignés, par voie réglementaire, sur les taux équivalents du régime général. Par ailleurs, et également dans une optique de rapprochement vers le droit commun, il est proposé de faire bénéficier la SNCF et la RATP de la réduction de 1,8 point du taux de cotisation d'allocations familiales pour les rémunérations inférieures à 3,5 SMIC.

L'article vise également à mettre en conformité le dispositif d'exonération de cotisations sociales pour les entreprises d'armement maritime avec la législation européenne : il est ainsi proposé une extension des exonérations aux équipages qui sont embarqués sur des navires battant pavillon d'un autre État-membre de l'Union européenne ou de l'espace économique européen ou de la Suisse.

Par ailleurs, il est également proposé une mise en cohérence des textes entre ceux qui définissent le champ des cotisations et contributions à prendre en compte dans le cadre des exonérations et ceux qui définissent le champ de celles pouvant être remises en cause en cas de travail dissimulé.

Enfin, le présent article précise les modalités déclaratives en matière d'allègements généraux et ouvre la possibilité de recourir à l'arbitrage de l'ACOSS en cas de divergence d'interprétations entre les organismes de recouvrement concernant les allègements généraux pour les entreprises mono-établissements. Ceci vise à faciliter la mise en œuvre de la réforme pour les entreprises.

Article 9

- ① Le 2° du I de l'article 13 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :
- ② 1° Au *b*, il est inséré, avant le dernier alinéa, un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « - à la quatrième phrase, après les mots : "article 50-0", sont insérés les mots : "ou de l'article 64 *bis*" ; »
- ④ 2° Le *c* devient le *d* et est précédé d'un *c* ainsi rédigé :
- ⑤ « *c*) La première phrase du dernier alinéa est ainsi modifiée :
- ⑥ « - après les mots : "à l'article L. 613-7", sont insérés les mots : "du présent code ou relevant du régime prévu à l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime" ;
- ⑦ « - après la référence : "50-0", sont insérés les mots : ", 64 *bis*". »

Exposé des motifs

Afin de promouvoir l'entrepreneuriat, et en lien avec les engagements pris par le Président de la République, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a mis en place un dispositif généralisé d'exonération de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants qui créent ou reprennent une activité (et non plus uniquement les demandeurs d'emploi), prenant ainsi la forme d'un élargissement du champ des bénéficiaires de l'exonération, à compter de 2019. Ainsi, une « année blanche » de cotisations est accordée à tous les créateurs et repreneurs d'entreprises, afin d'encourager la création d'activité, de faciliter l'amorçage des nouvelles entreprises et de soutenir les modèles économiques encore fragiles.

Pour les travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal (micro-BIC, micro-BNC) et optant pour le régime micro-social, l'exonération permettra un accompagnement dégressif sur trois ans du développement de leur activité.

Le présent article vise à étendre le bénéfice de la prolongation de cette exonération aux travailleurs indépendants soumis au régime des micro-bénéfices agricoles (micro-BA).

CHAPITRE II

Des règles de cotisations plus claires et plus justes

Article 10

- ① I. – L'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au quatrième alinéa, les mots : « fixée en pourcentage du » sont remplacés par les mots : « assise sur le » et les mots : « , qui dépasse un plafond fixé par décret » sont supprimés ;
- ③ 2° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « L'assiette de la cotisation fait l'objet d'un abattement fixé par décret. Cette assiette, avant application de l'abattement, ne peut excéder un montant fixé par décret. » ;
- ⑤ 3° Le cinquième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

- ⑥ « Le montant de la cotisation est égal au produit de l'assiette et d'un taux dont la valeur, fixée par décret, décroît linéairement à proportion des revenus d'activité et devient nul lorsque ces revenus atteignent le seuil mentionné au 1°. » ;
- ⑦ 4° Au sixième alinéa, les mots : « du Conseil d'État » sont remplacés par les mots : « en Conseil d'État ».
- ⑧ II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

La présente mesure vise à ajuster les critères d'assujettissement et les modalités d'assiette de la cotisation subsidiaire maladie afin de remédier à certaines incohérences actuellement constatées.

La cotisation subsidiaire d'assurance maladie, qui a succédé en 2016 à la cotisation à la couverture maladie universelle de base (CMU-b), vise à assurer une juste contribution de l'ensemble des assurés au financement de l'assurance maladie, y compris pour ceux qui ne justifient pas de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'un rattachement au titre de la perception d'une pension d'assurance vieillesse mais disposent de revenus du capital suffisamment importants pour acquitter une contribution au financement de leur couverture santé. 60 000 personnes étaient redevables de la cotisation en 2017 pour un rendement estimé à 130 millions d'euros.

La dernière campagne de recouvrement a mis en lumière des défauts de conception de la contribution, qui suscitent parfois l'incompréhension de certains redevables. Ainsi, une variation limitée des revenus d'activité peut conduire à des différences d'assujettissement importantes entre certains assurés. Il est donc proposé de corriger ces défauts.

A cet égard, la mesure – ainsi que des modifications qui seront prévues par voie réglementaire – prévoit d'ajuster les modalités de calcul de la cotisation : l'abattement d'assiette, correspondant actuellement à 25 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), sera porté à 50 % du PASS, ce qui permettra de circonscrire l'assujettissement aux personnes disposant de revenus du capital importants et représentant une part prépondérante de leurs revenus. Le taux de la cotisation sera pour sa part ramené par décret de 8 à 6,5 % afin de l'aligner sur le taux de la cotisation acquittée par les travailleurs indépendants au titre des prestations en nature d'assurance maladie.

La dégressivité de la cotisation due – fonction du montant de revenus d’activité perçu par le redevable – sera renforcée et rendue plus juste. Dans le même temps, le seuil de revenus d’activité actuel au-delà duquel la cotisation n’est plus due sera doublé par décret. Enfin, l’assiette de la cotisation, aujourd’hui non encadrée, sera plafonnée à huit fois la valeur du PASS.

Au total, ces modifications auront pour effet d’une part de réduire d’un tiers le nombre des redevables de la cotisation actuelle en excluant les personnes dont les revenus du capital sont les plus faibles, et d’autre part de mieux proportionner le montant de cotisation acquitté par les assurés qui demeureront assujettis. Ces nouvelles dispositions s’appliqueront à compter des cotisations dues au titre de 2019.

Article 11

- ① I. – Le III de l’article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, les mots : « perçus par les personnes dont les revenus de l’avant-dernière année, définis au IV de l’article 1417 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « des personnes » ;
- ③ 2° Au deuxième alinéa, après les mots : « d’une part, » sont insérés les mots : « dont les revenus définis au IV de l’article 1417 du code général des impôts perçus l’avant-dernière année » ;
- ④ 3° Au troisième alinéa, après les mots : « d’autre part, » sont insérés les mots : « dont les revenus définis au IV de l’article 1417 du code général des impôts perçus l’avant-dernière ou l’antépénultième année ».
- ⑤ II. – Les dispositions du présent article s’appliquent aux contributions dues pour les périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

Conformément aux engagements pris par le Gouvernement, cette mesure prévoit d’atténuer la hausse de la CSG pour les foyers dont les revenus sont à la limite du seuil de revenu déclenchant le taux normal de CSG et qui, pour des variations limitées et parfois ponctuelles de revenus, peuvent basculer au taux normal. Le problème que rencontrent ces foyers, dont les allers-retours sont fréquents entre le taux réduit (3,8%) et le taux

normal (8,3%) de CSG, n'est pas nouveau, mais il a été amplifié par la hausse du taux normal de CSG, qui creuse l'écart entre les deux taux.

Le franchissement du seuil de déclenchement du taux normal, pour les retraités modestes en particulier, 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.

Aussi, afin d'éviter que les titulaires de revenus de remplacement ne soient pas assujettis à la CSG au taux normal pour des hausses parfois limitées et temporaires de revenu, il est proposé de n'appliquer le taux normal de CSG que lorsque les revenus de référence des assurés excèdent le seuil défini au titre de deux années consécutives.

La mesure, qui évitera chaque année l'entrée de 350 000 foyers de retraités dans le taux normal de CSG, s'applique aux revenus de remplacement dus à compter du 1er janvier 2019.

Article 12

- ① I. – Le IV de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « 10° Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 862-4-1. »
- ③ II. – Après l'article L. 862-4 du même code, il est inséré un article L. 862-4-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 862-4-1.* – Il est institué une contribution à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ⑤ « Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due.
- ⑥ « La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées au profit de ces organismes, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, selon les modalités définies au I de l'article L. 862-4.
- ⑦ « Le taux de la contribution est fixé à 0,8 %.

- ⑧ « La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe, sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'État. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues, pour la taxe mentionnée précédemment, à l'article L. 862-5. »

- ⑨ III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

Il est proposé de sécuriser la participation des organismes complémentaires (OC) au financement du « forfait patientèle » des médecins traitants par la transformation de la contribution établie chaque année en une contribution fiscale. Ce dispositif, assis sur le montant des primes et cotisations versées au profit des organismes complémentaires au titre des contrats d'assurance maladie complémentaires dégagerait un rendement de 300 M€ au titre de 2019 conforme à l'engagement des organismes complémentaires, initié en 2012, et renouvelé dans la convention médicale du 25 août 2016. Afin de tenir compte de cet engagement, le taux de la contribution pourra être ajusté en cas d'évolution de l'assiette.

Article 13

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 133-5-6 :
- ③ a) Au deuxième alinéa, les mots : « , qui emploient moins de vingt salariés » sont supprimés ;
- ④ b) Au troisième alinéa, les mots : « Lorsqu'elles emploient moins de vingt salariés, » et les mots : « , quel que soit le nombre de leurs salariés, » sont supprimés ;
- ⑤ 2° Au premier alinéa de l'article L. 133-5-10, les mots : « organisme désigné » sont remplacés par les mots : « ou plusieurs organismes désignés » ;
- ⑥ 3° Le chapitre 3 du titre 4 du livre 2 est complété par une section 7 ainsi rédigée :

⑦

« Section 7

⑧

« Conservation des documents nécessaires au recouvrement ou au contrôle des cotisations et contributions sociales

⑨

« Art. L. 243-16. – Les documents ou pièces justificatives nécessaires à l'établissement de l'assiette ou au contrôle des cotisations et contributions sociales doivent être conservés pendant une durée au moins égale à six ans à compter de la date à laquelle les documents ou pièces ont été établis ou reçus.

⑩

« Lorsque les documents ou pièces sont établis ou reçus sur support papier, ils peuvent être conservés sur support informatique. Les modalités de numérisation des pièces et documents établis ou reçus sur support papier sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

⑪

4° Au premier alinéa de l'article L. 244-2, les mots : « à l'employeur ou au travailleur indépendant » sont remplacés par les mots : « ou par tout moyen donnant date certaine à leur réception par l'employeur ou le travailleur indépendant » ;

⑫

5° L'article L. 613-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑬

« Art. L. 613-5. – Les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée. La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5. »

⑭

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

⑮

1° À l'article L. 712-2 :

⑯

a) Les mots : « et répondent aux conditions fixées à l'article L. 712-3 du présent code » sont supprimés ;

⑰

b) Il est ajouté par une phrase ainsi rédigée : « Le titre emploi-service agricole ne peut être utilisé qu'en France métropolitaine. » ;

⑱

2° L'article L. 712-3 est abrogé ;

⑲

3° Après l'article L. 724-7-1, il est inséré un article L. 724-7-2 ainsi rédigé :

- ⑳ « Art. L. 724-7-2. – Les dispositions de l'article L. 243-16 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. » ;
- ㉑ 4° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 725-3, après les mots : « sa situation » sont insérés les mots : « par lettre recommandée ou par tout moyen donnant date certaine de sa réception » ;
- ㉒ 5° À l'article L. 725-24 :
- ㉓ a) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉔ « 1° Le premier alinéa du I de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉕ « “ I. – Les caisses de mutualité sociale agricole se prononcent de manière explicite sur toute demande d'une personne posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux conditions d'affiliation aux régimes agricoles ou de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes. ” » ;
- ㉖ b) Le II est abrogé.
- ㉗ III. – L'article 42 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est ainsi modifié :
- ㉘ 1° Au quatrième alinéa du 2° du I, le mot : « reverse » est remplacé par le mot : « verse » ;
- ㉙ 2° Le cinquième alinéa du 2° du I est complété par les phrases : « En cas de défaut de paiement par l'employeur des sommes mentionnées au troisième alinéa, celui-ci est exclu de la possibilité d'utiliser ce dispositif, dans des conditions fixées par décret. Dans ce cas la créance de la rémunération due au salarié est transférée à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 qui recouvre les sommes dues selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires. » ;
- ㉚ 3° Au deuxième alinéa du 6° du I, les mots : « à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 531-8 » sont remplacés par les mots : « au troisième alinéa de l'article L. 531-8 ».

- ③① IV. – Le II de l'article 14 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :
- ③② 1° Au c du 1°, les mots : « , 2° ou 5° » sont remplacés par les mots : « ou 2° » ;
- ③③ 2° Le deuxième alinéa du 3° est complété par les phrases suivantes : « Le non-respect de l'obligation de procéder par voie dématérialisée à ces différentes formalités entraîne l'application de la sanction prévue en cas de défaut de production de la déclaration sociale nominative dans le décret pris en application de l'article L. 133-5-4. Toutefois, peuvent procéder aux formalités du présent article sur des supports papier les particuliers mentionnés à l'article L. 133-5-6 qui, en application de l'article 1649 quater B *quinquies* du code général des impôts, ne sont pas tenus d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration prévue à l'article 170 du même code. » ;
- ③④ 3° Au troisième alinéa du 3°, le mot : « cette » est remplacé par le mot : « toute » ;
- ③⑤ 4° Le dernier alinéa du 3° est supprimé.

Exposé des motifs

Le Gouvernement poursuit la démarche de modernisation des dispositifs de recouvrement des cotisations sociales, afin de les rendre plus accessibles, plus simples et plus efficaces. La présente mesure déploie cette orientation selon trois modalités.

D'une part, les dispositifs du TESE (titre emploi service entreprise) et du CEA (chèque emploi associatif) sont ouverts à compter du 1^{er} janvier 2019 à toutes les entreprises et associations quelle que soit leur taille, et non plus aux seules structures de moins de 20 salariés. Ces dispositifs prennent en charge, pour le compte des employeurs, les démarches liées au prélèvement à la source de l'impôt de leurs salariés.

D'autre part, cet article vise à renforcer la dématérialisation des démarches des particuliers employeurs, en lien avec les chantiers de transformation de l'action publique lancés par le Gouvernement et l'objectif fixé dans ce cadre d'une administration « 100% dématérialisée ».

Ainsi, l'utilisation de supports papier pour réaliser les déclarations de salaires dans le cadre du CESU sera réservée aux personnes qui ne sont pas soumises à l'obligation de dématérialisation pour la souscription de leur

déclaration fiscale de revenus. Par ailleurs, la déclaration sociale de revenus des travailleurs indépendants, déjà réalisée très majoritairement par voie dématérialisée, devra être réalisée exclusivement par ce moyen à compter de 2019, ce qui facilitera les travaux de simplification de cette démarche et d'intégration de cette déclaration à la déclaration de revenus à l'administration fiscale comme le Gouvernement s'y est engagé.

Enfin, cet article vise à renforcer la dématérialisation des documents utilisés dans les relations entre les organismes de recouvrement et les cotisants, avec en particulier l'envoi électronique des mises en demeure et la possibilité de conserver des pièces justificatives susceptibles d'être examinées lors d'un contrôle sur support informatique.

Article 14

- ① I. – L'article 1635 *bis* AE du code général des impôts est ainsi modifié :
- ② 1° Le 3° du I est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Ne sont pas subordonnées au paiement du droit certaines modifications mineures de type 1A mentionnées au 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. Un décret en Conseil d'État en fixe la liste ; »
- ④ 2° Le c du II est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤ « c) 60 000 € pour les demandes mentionnées au premier alinéa du 3°, au 4° et au 5° du I ; ».
- ⑥ II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux demandes déposées à compter du 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

En cohérence avec les propositions formulées dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé, la mesure consiste à simplifier la procédure de dépôt de demande de modification d'autorisation de mise sur

le marché (AMM) d'un médicament auprès de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) : les redevables ne devront plus s'acquitter d'un droit d'enregistrement si les modifications demandées à une AMM sont des modifications simples, notamment celles qui portent sur des informations purement administratives ou l'emballage sans contact avec le produit. Au regard de la baisse de droits d'enregistrement qu'implique cette simplification, des augmentations des montants des droits pour les demandes initiales d'AMM ou pour des modifications majeures seront prévues par décret.

Article 15

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – À l'article L. 138-10 :
- ③ 1° Au I :
- ④ a) Les mots : « les chiffres d'affaires hors taxes réalisés » sont remplacés par les mots : « le chiffre d'affaires hors taxes réalisé » ;
- ⑤ b) Les mots : « ont respectivement évolué de plus d'un taux (Lv) ou d'un taux (Lh), déterminés » sont remplacés par les mots : « minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code, est supérieur à un montant M, déterminé » ;
- ⑥ c) Les mots : « par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, minorés des remises mentionnées à l'article L. 138-13 et des contributions prévues au présent article, » sont supprimés ;
- ⑦ d) Les mots : « des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution » sont remplacés par les mots : « une contribution » ;
- ⑧ 2° Au II :
- ⑨ a) Au 1°, les mots : « S'agissant du taux (Lv), ceux » sont remplacés par le mot : « Ceux » ;
- ⑩ b) Les mots : « 2° S'agissant du taux (Lh) : » sont supprimés ;
- ⑪ c) Les *a*, *b* et *c* deviennent respectivement les 2°, 3° et 4° ;

- ⑫ d) Les trois derniers alinéas sont supprimés ;
- ⑬ 3° Le III est abrogé.
- ⑭ B. – À l'article L. 138-11 :
- ⑮ 1° Le mot : « chaque » est remplacé par le mot : « la » ;
- ⑯ 2° Les mots : « aux chiffres d'affaires respectifs de l'année civile mentionnés » sont remplacés par les mots : « au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné » ;
- ⑰ 3° Les mots : « après application, le cas échéant, des modalités de répartition définies aux 1° et 2° du III dudit article L. 138-10 » sont remplacés par les mots : « minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;
- ⑱ 4° Il est ajouté l'alinéa suivant :
- ⑲ « Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées à l'alinéa précédent pour les entreprises redevables. »
- ⑳ C. – À l'article L. 138-12 :
- ㉑ 1° Les mots : « chaque contribution » sont remplacés dans chacune de leur occurrence par les mots : « la contribution » ;
- ㉒ 2° Les mots : « , en prenant comme taux (L) mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux (Lv) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1° du II de l'article L. 138-10, soit le taux (Lh) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2° du même II » sont supprimés ;
- ㉓ 3° Au deuxième alinéa :
- ㉔ a) Les mots : « taux d'accroissement du » sont supprimés ;
- ㉕ b) La lettre isolée : « T » est remplacée dans chacune de ses occurrences par les lettres : « CA » ;
- ㉖ c) À la deuxième ligne, la lettre isolée : « L » est remplacée dans sa première occurrence par les lettres : « CA » ;

- ②7) d) Les mots : « L + 0,5 point » sont remplacés dans chacune de leurs occurrences par les mots : « M multiplié par 1,005 » ;
- ②8) e) Les mots : « L + 1 point » sont remplacés dans chacune de leurs occurrences par les mots : « M multiplié par 1,01 » ;
- ②9) 4° Au troisième alinéa :
- ③0) a) Les mots : « à concurrence de 50 %, », « respectif » et « et, à concurrence de 50 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article L. 138-10 » sont supprimés ;
- ③1) b) La dernière phrase est supprimée ;
- ③2) 5° Au quatrième alinéa, les mots : « des contributions dues » sont remplacés par les mots : « de la contribution due ».
- ③3) D. – Aux articles L. 138-13 et L. 138-14, le mot : « chaque » est remplacé dans chacune de ses occurrences par le mot : « la ».
- ③4) E. – À l'article L. 138-15 :
- ③5) 1° Au premier alinéa, les mots : « Les contributions dues », « font » et « les contributions sont dues » sont respectivement remplacés par les mots : « La contribution due », « fait » et « la contribution est due » ;
- ③6) 2° Au deuxième alinéa, le mot : « chaque » est remplacé dans chacune de ses occurrences par le mot : « la » et le mot : « respectif » est supprimé.
- ③7) II. – Pour l'année 2019, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est égal à 1,005 multiplié par le chiffre d'affaire hors taxes réalisé au cours de l'année 2018 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du même article L. 138-10 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale et des contributions mentionnées à l'article L. 138-10 du même code dues au titre de l'année 2018.
- ③8) III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

Le conseil stratégique des industries de santé, qui s'est tenu le 10 juillet 2018, a notamment affirmé l'objectif d'un cadre de dialogue plus stable et plus lisible avec les industries de santé. Le présent article constitue l'une des traductions importantes de cet objectif, en faisant évoluer la clause de sauvegarde pour les médicaments. Il s'agit de simplifier les règles de ce mécanisme, dont l'objectif reste de permettre à la sécurité sociale de faire face à l'évolution des dépenses de médicaments.

Cet article permet de rendre la clause de sauvegarde plus cohérente avec son objectif : son assiette est élargie à l'ensemble des médicaments, alors que le dispositif précédant permettait de nombreuses exonérations ; elle intègre également les remises déjà versées par les laboratoires pour que son assiette corresponde mieux aux dépenses suivies dans le cadre de l'ONDAM. La clause de sauvegarde devient également plus lisible, puisqu'elle consistera en un seul agrégat, mettant ainsi fin à la distinction entre la régulation spécifique en ville (taux « Lv ») et à l'hôpital (taux « Lh »). Pour l'année 2019, le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde est fixé à un niveau qui équivaldrait à une progression de 0,5 % du chiffre d'affaires net des médicaments remboursables par rapport à celui de 2018.

Article 16

- ① I. – L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est remplacé par les dispositions suivantes :
 - ③ « I. – Les cotisations de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du dispositif prévu à l'article L. 613-7 sont assises sur une assiette nette constituée du montant des revenus d'activité indépendante à retenir, sous réserve des dispositions des II à IV, pour le calcul de l'impôt sur le revenu, diminuée du montant de cotisations calculé selon les modalités fixées au V. » ;
- ④ 2° Au II :
- ⑤ a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ⑥ « II. – Les revenus mentionnés au I sont établis avant déduction au titre de l'impôt sur le revenu des sommes suivantes : » ;
- ⑦ b) Les *a*, *b*, *c*, *d* et *e* deviennent respectivement les 1°, 2°, 3°, 4° et 5 ;

- ⑧ c) Le *f* est remplacé par un 6° ainsi rédigé :
- ⑨ « 6° Les cotisations versées à des régimes obligatoires, de base ou complémentaires, de sécurité sociale et les autres sommes mentionnées au I de l'article 154 *bis* du même code ; »
- ⑩ 3° Le III devient le IV ;
- ⑪ 4° Le 2° devient le 1° et est précédé d'un III ainsi rédigé :
- ⑫ « III. – Les revenus mentionnés au I comprennent en outre : » ;
- ⑬ 5° Les 3° et 4° deviennent respectivement les 2° et 3° ;
- ⑭ 6° Au premier alinéa du III, devenu le IV, les mots : « de l'assiette prévue » sont remplacés par les mots : « des revenus mentionnés » ;
- ⑮ 7° L'article est complété par un V ainsi rédigé :
- ⑯ « V. – 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, rapporté à cette même somme de taux de cotisations augmentée de un.
- ⑰ « En vue de l'établissement des comptes des travailleurs indépendants dont le bénéfice est déterminé en application des dispositions des articles 38 et 93 A du code général des impôts, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code communiquent à l'issue de la déclaration des revenus énumérés aux II et au III le montant de cotisations calculé selon les modalités fixées à l'alinéa précédent. Ces organismes mettent en place un téléservice permettant de procéder à tout moment à ce calcul. »
- ⑱ II. – Le premier alinéa de l'article L. 136-3 du même code est ainsi modifié :
- ⑲ 1° À la première phrase, après le mot : « dispositions », sont insérés les mots : « des II à IV » ;
- ⑳ 2° À la deuxième phrase, les mots : « cotisations personnelles de sécurité sociale mentionnées à l'article 154 *bis* du code général des impôts ainsi que les » sont supprimés.

- ②) III. – Au XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, les mots : « 30 juin 2019 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2019 ».

Exposé des motifs

Dans la poursuite de l'objectif de simplification du droit applicable aux travailleurs indépendants, la présente mesure vise à clarifier les dispositions relatives à l'assiette des cotisations des travailleurs indépendants.

Le présent article procède en premier lieu à une réécriture des dispositions relatives à l'assiette des cotisations dues par les travailleurs indépendants, afin d'en préciser les modalités de calcul. En effet, les cotisations sociales des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles sont calculées sur une assiette dont ces cotisations sont elles-mêmes exclues. Ce mode de calcul « circulaire » présente l'avantage de correspondre au plus près à la réalité du bénéfice dégagé par l'activité, mais l'inconvénient d'une complexité évidente, surtout lorsque le calcul doit être réalisé par le travailleur indépendant lui-même. Cette complexité est d'autant plus fortement ressentie que la loi ne précise pas les modalités selon lesquelles les cotisations à déduire doivent être estimées par les redevables, ce qui est une source fréquente de questions, de difficultés de compréhension ainsi que d'erreurs dans les opérations de recouvrement. Il est proposé que la loi fixe de manière claire les modalités de réalisation de ce calcul visant à déterminer le montant des cotisations sociales personnelles à déduire de cette assiette. Il s'agit cependant uniquement d'une clarification de l'écriture même de la loi sans impact sur sa mise en œuvre et avec des conséquences nulles sur le niveau des cotisations dues au regard du droit actuel. Cette disposition facilitera l'unification de la déclaration sociale des revenus et de la déclaration de revenus aux impôts à terme.

Par ailleurs, il est prévu de prolonger l'expérimentation, introduite par l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, permettant 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 ces travailleurs indépendants en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels. À l'heure actuelle, cette expérimentation devrait, aux termes de la loi, être interrompue le 30 juin 2019. À titre de simplification, il est proposé de prolonger cette expérimentation de 6 mois jusqu'à la fin de l'exercice civil, soit jusqu'au 31 décembre 2019.

Article 17

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 133-4-2 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « *Art. L. 133-4-2.* – I. – Le bénéfice de toute mesure de réduction ou d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale, de contributions dues aux organismes de sécurité sociale ou de cotisations ou contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 est supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.
- ④ « II. – Lorsque l'infraction est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-1 à L. 8271-19 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable à l'infraction, à l'annulation des réductions et exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au I.
- ⑤ « III. – Par dérogation aux dispositions prévues au I et au II et sauf dans les cas mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 243-7-7, lorsque la dissimulation d'activité ou de salarié résulte uniquement de l'application des dispositions prévues au II de l'article L. 8221-6 du code du travail ou qu'elle représente une proportion limitée de l'activité, l'annulation des réductions et exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions est partielle.
- ⑥ « Dans ce cas, la proportion des réductions et exonérations annulées est égale au rapport entre le double des rémunérations éludées et le montant des rémunérations, soumises à cotisations de sécurité sociale, versées à l'ensemble du personnel par l'employeur, sur la période concernée, dans la limite de 100 %.
- ⑦ « IV. – Un décret en conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles la dissimulation peut, au regard des obligations mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, être considérée comme limitée pour l'application du III, sans que la proportion de l'activité dissimulée puisse excéder 10 % de l'activité. » ;
- ⑧ 2° À l'article L. 243-7-7 :
- ⑨ a) Les trois premiers alinéas constituent un I ;
- ⑩ b) Il est ajouté les dispositions suivantes :

- ⑪ « II. – Sauf dans les cas mentionnés au III, la personne contrôlée peut bénéficier d'une réduction de dix points du taux de ces majorations de redressement si, dans le délai de trente jours à compter de la notification de la mise en demeure, elle procède au règlement intégral des cotisations, pénalités et majorations de retard notifiées, ou elle a présenté un plan d'échelonnement du paiement au directeur de l'organisme et que ce dernier l'a accepté.
- ⑫ « Cette réduction est notifiée par une décision du directeur de l'organisme une fois le paiement intégral constaté.
- ⑬ « III. – En cas de nouvelle constatation pour travail dissimulé dans les cinq ans à compter de la notification d'une première constatation pour travail dissimulé ayant donné lieu à redressement auprès de la même personne morale ou physique, la majoration est portée à :
- ⑭ « - 45 % lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 25 % ;
- ⑮ « - 60 % lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 40 %. »
- ⑯ II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux opérations de contrôle engagées à compter du 1^{er} janvier 2019. Toutefois, les dispositions du III de l'article L. 133-4-2 et du II de l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue du présent article s'appliquent aux procédures de contrôle en cours au 1^{er} janvier 2019 ainsi qu'à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contribution n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable.

Exposé des motifs

Les sanctions applicables en matière de travail dissimulé sont aujourd'hui les mêmes entre les employeurs quelle que soit leur taille ou la gravité des infractions constatées. Ainsi, l'une des sanctions applicables consiste à annuler l'ensemble des exonérations de cotisations sociales, qui peuvent représenter une proportion importante de la masse salariale, dont l'employeur a bénéficié sur la période faisant l'objet du redressement, soit jusqu'à cinq années. Cette sanction peut avoir dans certains cas des conséquences disproportionnées, par leur ampleur financière, eu égard à la gravité des faits constatés, notamment lorsque le manquement relève d'une dissimulation d'activité partielle et non d'une dissimulation totale, lorsqu'il

s'agit d'un cas de requalification de la relation de travail en relation salariée dans une relation de prestation sans intention évidente ou enfin lorsque l'ampleur de l'infraction (proportion des heures de travail ou des salaires non-déclarés) représente une proportion très faible à l'échelle de l'entreprise, et procède manifestement d'une infraction à caractère isolé qui ne justifie pas d'appliquer une sanction particulièrement lourde à l'échelle de l'employeur.

En outre, l'importance des conséquences financières est d'autant plus grande que les allègements généraux représentent des montants élevés pour l'entreprise, sans que ce fait soit en rapport avec les manquements qu'il s'agit de sanctionner. C'est pourquoi la mesure proposée vise à permettre de moduler les annulations de réductions de cotisations de sécurité sociale.

Enfin, dans l'objectif d'assurer un meilleur acquittement par les employeurs des sommes dont ils sont redevables en cas de redressement faisant suite à un constat de travail dissimulé, il est proposé d'autoriser une réduction des majorations de retard lorsque le paiement des sommes dues intervient rapidement. En contrepartie, ces majorations seraient accrues en cas de répétition des faits.

Article 18

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le deuxième alinéa de l'article L. 114-6 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour l'établissement des comptes combinés, 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. » ;
- ③ 2° Au chapitre 4 *ter* du titre 1 du livre 1 :
- ④ *a*) L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé suivant : « Dispositifs de contrôle et relatifs à la lutte contre la fraude » ;
- ⑤ *b*) Il est créé une section 1 intitulée : « Contrôle interne » composée d'un article L. 114-8-1 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 114-8-1.* – Le directeur et le directeur comptable et financier d'un organisme de sécurité sociale conçoivent et mettent en place conjointement un 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. Ils élaborent et mettent en œuvre les plans d'action permettant de remédier aux déficiences constatées et d'améliorer l'efficacité de la gestion des missions de leurs organismes. » ;

- ⑦ c) Il est créé une section 2 intitulée : « Contrôles et lutte contre la fraude » comprenant les articles L. 114-9 à L. 114-22-1 ;
- ⑧ 3° L'intitulé du chapitre 2 du titre 2 du livre 1 est remplacé par l'intitulé suivant : « Directeur et directeur comptable et financier » ;
- ⑨ 4° L'intitulé de la section 2 du chapitre 3 du titre 2 du livre 1 est remplacé par l'intitulé suivant : « Agents de direction et directeurs comptables et financiers » ;
- ⑩ 5° À l'article L. 122-2, après le premier alinéa, sont insérées deux alinéas ainsi rédigés :
 - ⑪ « 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.
 - ⑫ « Le directeur comptable et financier établit, sur la base des résultats des opérations de contrôle interne, la synthèse des risques financiers majeurs auxquels l'organisme est exposé et des conditions dans lesquelles ces risques sont maîtrisés. » ;
- ⑬ 6° Au 1° des articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 :
- ⑭ a) Le mot : « consolidés » est remplacé par le mot : « combinés » ;
- ⑮ b) Après les mots : « effectue le règlement », sont insérés les mots : « et la comptabilisation » ;
- ⑯ 7° Au 3° de l'article L. 225-1-1, après les mots : « la loi » sont insérés les mots : « ou, pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, par décret » ;
- ⑰ 8° À l'article L. 225-1-4 :
- ⑱ a) Après les mots : « l'agence centrale des organismes de sécurité sociale peut », sont ajoutés les mots : « consentir, contre rémunération » ;

- ⑲ b) Au 1°, les mots : « consentir, contre rémunération, » sont supprimés ;
- ⑳ c) Au 2°, les mots : « À titre exceptionnel et contre rémunération, » et les mots : «, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné » sont supprimés ;
- ㉑ d) Il est inséré, après le 2°, un alinéa ainsi rédigé :
- ㉒ « 3° Sans préjudice de l'exercice par l'agence des missions prévues au 1° et au 2°, des avances d'une durée inférieure à un mois aux organismes, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, dont elle centralise des recettes ou pour le compte desquels elle assure le recouvrement de tout ou partie des cotisations et contributions. » ;
- ㉓ e) Au dernier alinéa, les mots : « aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « au présent article » ;
- ㉔ 9° Aux articles L. 114-6, L. 122-2, L. 122-3, L. 122-7, L. 122-9, L. 123-1, L. 123-2, L. 123-3, L. 216-6, L. 217-3, L. 217-3-1, L. 217-5, L. 217-6, L. 224-5-1, L. 224-5-2, L. 281-2, L. 382-2, L. 641-3-1 et L. 641-7, les mots : « l'agent comptable » sont remplacés par les mots : « le directeur comptable et financier », et les mots : « agents comptables » sont remplacés par les mots : « directeurs comptables et financiers » ;
- ㉕ 10° Aux articles L. 122-1, L. 217-4 et L. 641-7 les mots : « agent comptable » sont remplacés par les mots : « directeur comptable et financier », et les mots : « d'agents comptables » sont remplacés par les mots : « de directeurs comptables et financiers » ;
- ㉖ 11° À l'article L. 228-1, les mots : « agent comptable » sont remplacés par les mots : « de son directeur comptable et financier ».
- ㉗ 12° À l'article L. 641-3, le mot : « comptable » est remplacé par les mots : « directeur comptable et financier » ;
- ㉘ II. – 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 ainsi modifiée :

- ②⑨ 1° À l'article 25-1, les mots : « de l'agent comptable » sont remplacés par les mots : « du directeur comptable et financier » ;
- ③⑩ 2° Au VI de l'article 26, les mots : « et L. 114-6-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 114-6-1 et L. 114-8-1 ».
- ③⑪ III. – Au *b* 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, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2019 ».

Exposé des motifs

Le Gouvernement conduit depuis le début de la mandature des travaux de modernisation de l'action publique afin de rendre cette dernière plus efficiente. Cet article traduit cette volonté de modernisation et de transformation publique, selon deux logiques convergentes.

D'une part, il vise à faire en sorte que les prestations de sécurité sociale soient mieux liquidées, en réduisant les risques et les erreurs. Le versement des prestations sera ainsi amélioré du point de vue des citoyens, mais également plus efficient du point de vue des finances publiques. Ainsi, le contrôle interne dans les organismes de sécurité sociale sera amélioré, en faisant évoluer les missions des agents comptables pour en faire de véritables moteurs d'efficience.

D'autre part, il vise à capitaliser sur les compétences de l'ACOSS en matière de recouvrement et de gestion de trésorerie, afin de gagner en efficience et en mutualisation au sein des organismes de sécurité sociale et de leurs partenaires.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 19

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La dernière phrase de l'article L. 131-7 est complétée par les mots : « , et à l'exonération prévue à l'article L. 241-17 du code de la

sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la loi n° du décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ».

- ③ 2° À l'article L. 131-8 :
- ④ a) Au 1° :
- ⑤ - au deuxième alinéa, le taux : « 38,48% » est remplacé par le taux : « 46,34% » ;
- ⑥ - au troisième alinéa, le taux : « 48,87% » est remplacé par le taux : « 36,09% » ;
- ⑦ - au quatrième alinéa, le taux : « 12,65% » est remplacé par le taux : « 6,79% » ;
- ⑧ - il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « - à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour une fraction correspondant à 10,78 % » ;
- ⑩ b) Le 3° est remplacé par dix-huit alinéas ainsi rédigés :
- ⑪ « 3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III de l'article L. 136-8 du présent code est versé :
- ⑫ « a) À la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,95 % ;
- ⑬ « b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4 du présent code, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret, et pour la part correspondant à un taux de :
- ⑭ « - de 5,97 % pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L136-8 du présent code ;
- ⑮ « - de 7,35 % pour la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 ;
- ⑯ « - de 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II de l'article L. 136-8 ;

- ⑰ « - de 5,03 % pour les revenus mentionnés au 2° du II de l'article L. 136-8 ;
- ⑱ « - de 2,25 % pour les revenus mentionnés au III de l'article L. 136-8 ;
- ⑲ « c) À la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,30 % ;
- ⑳ « d) À l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° de l'article L. 136-8, pour la part correspondant au taux de 1,45 % ;
- ㉑ « e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II de l'article L. 136-8 pour la part correspondant à un taux de 1,72 % ;
- ㉒ « f) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code pour la part correspondant à un taux de 0,23 % » ;
- ㉓ « 3° *bis* Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :
- ㉔ « a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 8,6 % ;
- ㉕ « b) À la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;
- ㉖ « 3° *ter* Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :
- ㉗ « a) À la branche mentionné au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;
- ㉘ « b) À la branche mentionné au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 %. » ;
- ㉙ c) Au 5°, les mots : « et L. 137-19 » sont supprimés ;
- ㉚ 3° L'article L. 135-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

- ① « *Art. L. 135-3.* – Les recettes du fonds sont constituées par une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions prévues à l'article L. 131-8. » ;
- ② 4° Au 2 de l'article L. 136-6-1 dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 et de la loi n° 2017-1775 du 28 décembre 2017 de finances rectificative pour 2017, les mots : « , des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-14 du présent code et de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « et du prélèvement prévu au 1° du I de l'article 235 *ter* du code général des impôts » ;
- ③ 5° À l'article L. 136-8 :
- ④ a) Au 2° du I, le taux : « 9,9 % » est remplacé par le taux : « 9,2 % » ;
- ⑤ b) Les IV, IV *bis* et V sont abrogés ;
- ⑥ c) Au VI, après les mots : « au présent article » sont ajoutés les mots : « et à l'article L. 131-8 » ;
- ⑦ 6° À l'article L. 138-21, les mots : « Les contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du présent code, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du présent code, au 2° du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « Les prélèvements définis aux articles L. 136-7 du présent code et 235 *ter* du code général des impôts ».
- ⑧ 7° La section 5 du chapitre 5 du titre 4 du livre 2 est abrogée.
- ⑨ II. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ⑩ 1° À l'article L. 14-10-4 :
- ⑪ a) Les 2° et 3° sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ⑫ « 3° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 ; »
- ⑬ 2° À l'article L. 14-10-5 :
- ⑭ a) Au a du 1. du I :

- ④⑤ - les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;
- ④⑥ - après les mots : « 6,6% du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* du même article L. 14-10-4 » sont insérés les mots : « , une fraction comprise entre 1,8 % et 2,5 % du produit mentionné au 3° du même article, » ;
- ④⑦ *b) Au a du 2. du I :*
- ④⑧ - les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;
- ④⑨ - après les mots : « 6,6% du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* du même article L. 14-10-4 » sont ajoutés les mots : « , une fraction de 7,1 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 » ;
- ⑤⑩ *c) Au a du 1. du II :*
- ⑤⑪ - les mots : « des contributions mentionnées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;
- ⑤⑫ - les taux : « 74 % » et « 82 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 64,3 % » et « 67,5% » ;
- ⑤⑬ *d) Au a du III :*
- ⑤⑭ - les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution visée au 1° » ;
- ⑤⑮ - après les mots : « de l'article L. 14-10-4 » sont ajoutés les mots : « et une fraction comprise entre 4,6 % et 5,4 % du produit mentionné au 3° du même article. » ;
- ⑤⑯ *e) Au a du 1. du IV, les taux : « 4 % » et « 10 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 3,3 % » et « 8,2% » ;*
- ⑤⑰ *f) Au b du 1. du IV, les mots : « Une part de la fraction » sont remplacés par les mots « Une part des fractions », les mots : « « de cette fraction » sont remplacés par les mots : « de ces fractions », et la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 3 » ;*
- ⑤⑱ *g) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :*

- ⑤⑨ « VIII. – Les sections mentionnées aux IV et V peuvent contribuer au financement du fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et handicapées. »
- ⑥⑩ III. – Le code général des impôts est ainsi modifié :
- ⑥⑪ 1° Au chapitre III du titre premier de la première partie du livre premier, il est rétabli une section VIII intitulée : « *Prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement* », qui comprend un article 235 *ter* ainsi rétabli :
- ⑥⑫ « Art. 235 *ter*. – I. – Il est institué :
- ⑥⑬ « 1° Un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale ;
- ⑥⑭ « 2° Un prélèvement de solidarité sur les produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du même code.
- ⑥⑮ « II. – Le prélèvement de solidarité mentionné au 1° du I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.
- ⑥⑯ « Le prélèvement de solidarité mentionné au 2° du même I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.
- ⑥⑰ « III. – Le taux des prélèvements de solidarité mentionnés au I est fixé à 7,5 %. » ;
- ⑥⑱ 2° Les articles 1600-0 F *bis* et 1600-0-S sont abrogés.
- ⑥⑲ IV. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑦⑰ 1° Au 5° de l'article L. 731-2, le taux : « 55,77 % » est remplacé par le taux : « 53,08 % » ;
- ⑦⑱ 2° À l'article L. 732-58 :
- ⑦⑲ a) Au troisième alinéa, le taux : « 4,18 % » est remplacé par le taux : « 6,87 % » ;

⑦③ b) Le cinquième alinéa est supprimé.

⑦④ V. – Au F du II de l'article 28 de la loi n° 2017-1775 du 28 décembre 2017 de finances rectificative pour 2017, les mots : « des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, de la taxe mentionnée à l'article 1609 *nonies* G du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « du prélèvement prévu à l'article 235 ter du code général des impôts et, le cas échéant, de la taxe mentionnée à l'article 1609 *nonies* G du même code ».

⑦⑤ VI. – Au deuxième alinéa du M du II de l'article 60 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017, les mots : « , des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « et du prélèvement prévu au 1° du I de l'article 235 ter du code général des impôts ».

⑦⑥ VII. – Pour l'année 2019, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue, à la réforme du financement des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, dans la limite de 50 millions d'euros prélevés sur ses ressources, et dans des conditions définies par voie réglementaire. La section mentionnée au IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles retrace cette somme en charges.

⑦⑦ VIII. – La part des contributions à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale, donnant lieu à la réduction prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, fait l'objet d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les montants correspondant au niveau de la réduction sur les cotisations recouvrées.

⑦⑧ Les montants correspondant à cette prise en charge sont versés aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale après transmission par ces derniers des justificatifs nécessaires à leur établissement.

- ⑦⑨ La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale assure l'équilibre financier de l'agence au titre de cette mission.
- ⑧⑩ IX. – En 2019, la part des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5422-9 du code du travail, donnant lieu à la réduction prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, fait l'objet d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les montants correspondant au niveau de la réduction sur les cotisations recouvrées.
- ⑧⑪ L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.
- ⑧⑫ La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des *a*, *b*, *d*, *e* et *f* de l'article L. 5427-1 du même code et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du code de la sécurité sociale est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail.
- ⑧⑬ Les branches mentionnées à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale assurent l'équilibre financier de l'agence au titre de cette mission, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels des branches.
- ⑧⑭ X. – Le III de l'article 9 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est abrogé.
- ⑧⑮ XI. – Lorsque le plafond prévu au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 mentionné au *c* de l'article 1001 du code général des impôts, dans sa rédaction issue de la loi n° ... du ... décembre 2018 de finances pour 2019, n'est pas atteint, l'affectation prévue au *c* est complétée au titre des années 2019 à 2021, dans la limite de ce plafond, par un prélèvement sur la fraction définie au *b* de cet article.

- ⑧⑥ XII. – Les dispositions des I à VI, VIII et IX du présent article s'appliquent :
- ⑧⑦ 1° Sous les réserves et dans les conditions définies aux alinéas suivants, aux faits générateurs intervenant à compter du 1^{er} janvier 2019 ;
- ⑧⑧ 2° À compter de l'imposition des revenus de l'année 2018 pour les prélèvements assis sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, sous réserve du II de l'article 34 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016 ;
- ⑧⑨ 3° À compter de l'imposition des revenus de l'année 2019 pour le prélèvement prévu à l'article L. 136-6-1 du code de la sécurité sociale ;
- ⑨① 4° Aux produits acquis ou constatés à compter du 1^{er} janvier 2019 pour les prélèvements assis sur les produits visés aux C et D du V de l'article 8 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018.
- ⑨① XIII. – Les plus-values mentionnées au I de l'article 150-0 B *ter* du code général des impôts, résultant d'opérations d'apports réalisées à compter du 1^{er} janvier 2019, sont soumises aux contributions mentionnées à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et à l'article 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et au prélèvement prévu à l'article 235 *ter* du code général des impôts selon leur taux en vigueur l'année de réalisation de ces plus-values.
- ⑨② XIV. – À compter du 1^{er} janvier 2020, l'article L. 131-8 code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2019, est ainsi modifié :
- ⑨③ 1° Au 1° :
- ⑨④ a) Au deuxième alinéa, le taux : « 46,34 % » est remplacé par le taux : « 53,10 % » ;
- ⑨⑤ b) Au troisième alinéa, le taux : « 36,09 % » est remplacé par le taux : « 19,35 % » ;
- ⑨⑥ c) Au quatrième alinéa, le taux : « 6,79 % » est remplacé par le taux : « 16,77 % » ;
- ⑨⑦ 2° Au 3° :
- ⑨⑧ a) Au b :

- ⑨ - le taux : « 5,97 % » est remplacé par le taux : « 5,86% » ;
- ⑩ - le taux : « 4,65 % » est remplacé par le taux : « 4,54% » ;
- ⑪ - le taux : « 5,03 % » est remplacé par le taux : « 4,87% » ;
- ⑫ - le taux : « 2,25 % » est remplacé par le taux : « 2,14% » ;
- ⑬ *b)* Au *c* le taux : « 0,60% » est remplacé par le taux : « 0,71% » ;
- ⑭ *c)* Au *e*, le taux : « 1,72% » est remplacé par le taux : « 1,77% » ;
- ⑮ 3° Au 3° *bis*, les taux : « 8,6 % » et « 0,60 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 8,49 % » et « 0,71 % ».
- ⑯ XV. – À compter du 1^{er} janvier 2021, l'article L. 131-8 code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2019, est ainsi modifié :
- ⑰ 1° Au 1° :
- ⑱ *a)* Au deuxième alinéa, le taux : « 53,10 % » est remplacé par le taux : « 52,53% » ;
- ⑲ *b)* Au troisième alinéa, le taux : « 19,35 % » est remplacé par le taux : « 12,18% » ;
- ⑳ *c)* Au quatrième alinéa, le taux : « 16,77% » est remplacé par le taux : « 24,51% » ;
- ㉑ 2° Au 3° :
- ㉒ *a)* Au *b* :
- ㉓ - le taux : « 5,86 % » est remplacé par le taux : « 5,74% » ;
- ㉔ - le taux : « 4,54 % » est remplacé par le taux : « 4,42% » ;
- ㉕ - le taux : « 4,87 % » est remplacé par le taux : « 4,69% » ;
- ㉖ - le taux : « 2,14 % » est remplacé par le taux : « 2,02% » ;
- ㉗ *b)* Au *c* le taux : « 0,71% » est remplacé par le taux : « 0,83% » ;
- ㉘ *c)* Au *e*, le taux : « 1,77 % » est remplacé par le taux : « 1,83 % » ;

(119) 3° Au 3° *bis*, les taux : « 8,49 % » et « 0,71 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 8,37 % » et « 0,83 % ».

(120) XVI. – À compter du 1^{er} janvier 2022, l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2019, est ainsi modifié :

(121) 1° Au 1° :

(122) a) Au deuxième alinéa, le taux : « 52,53 % » est remplacé par le taux : « 52,30 % » ;

(123) b) Au troisième alinéa, le taux : « 12,18 % » est remplacé par le taux : « 8,93 % » ;

(124) c) Au quatrième alinéa, le taux : « 24,51 % » est remplacé par le taux : « 27,99 % » ;

(125) 2° Au 3° :

(126) a) Au *b* :

(127) - le taux : « 5,74 % » est remplacé par le taux : « 5,64 % » ;

(128) - le taux : « 4,42 % » est remplacé par le taux : « 4,32 % » ;

(129) - le taux : « 4,69 % » est remplacé par le taux : « 4,54 % » ;

(130) - le taux : « 2,02 % » est remplacé par le taux : « 1,92 % » ;

(131) b) Au *c*, le taux : « 0,83 % » est remplacé par le taux : « 0,93 % » ;

(132) c) Au *e*, le taux : « 1,83 % » est remplacé par le taux : « 1,88 % » ;

(133) 3° Au 3° *bis*, les taux : « 8,37 % » et « 0,83 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 8,27 % » et « 0,93 % ».

Exposé des motifs

Le présent article procède à des transferts de recettes entre branches et organismes de sécurité sociale ou pour lesquels des recettes sont recouvrées ou centralisées par la sécurité sociale.

En premier lieu, il organise la répartition des recettes affectées à la sécurité sociale en contrepartie de la réduction de 6 points des cotisations d'assurance maladie sous 2,5 SMIC, du renforcement des allègements

généraux et de l'effet en année pleine de la baisse des cotisations salariales d'assurance chômage. Une fraction de CSG est affectée à l'UNEDIC au titre des cotisations salariales supprimées, conformément aux engagements pris par le Gouvernement. Les pertes de recettes liées à l'intégration des cotisations patronales d'assurance chômage et de retraite complémentaires dans le calcul des allègements généraux renforcés seront compensées à dans le cadre d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui se voit affecter des recettes à ce titre. Comme dans la LFSS pour 2018, les branches du régime général équilibrent l'ACOSS au titre de sa mission de prise en charge des cotisations patronales d'assurance chômage. Pour les cotisations d'assurance vieillesse complémentaire, il est prévu, à titre transitoire, afin de maintenir inchangé le niveau des ressources des régimes complémentaires dans la perspective de la réforme des retraites, un mécanisme similaire, mais reposant sur un équilibre par la seule branche d'assurance vieillesse de base du régime général.

En deuxième lieu, l'article procède à une réaffectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital hors CSG et CRDS. Cette réaffectation vise à simplifier les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. La réaffectation permet aussi de fusionner ces prélèvements qui se sont sédimentés sur une même assiette à raison d'affectataires historiquement différents, mais qui n'ont plus lieu d'être distingués compte tenu de cette réaffectation.

En troisième lieu, l'article opère une compensation à la branche vieillesse du régime général afin de neutraliser pour la branche l'absence de compensation systématique des exonérations et baisses de cotisations, s'agissant particulièrement des exonérations de cotisation pour les heures supplémentaires.

En quatrième lieu, l'article affecte 50 M€ au financement de la transformation des services d'aide à domicile, conformément aux engagements de la feuille de route présentée le 30 mai par la ministre des Solidarités et de la Santé.

Article 20

- ① L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° À l'article 4, il est inséré un II *septies* ainsi rédigé :

- ③ « II *septies*. – La couverture des déficits des exercices 2014 à 2018 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, déduction faite de la part des déficits des exercices 2014 et 2015 couverte en application du II *quinquies* du présent article, est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 15 milliards d'euros.
- ④ « Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 15 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches fixé au même alinéa.
- ⑤ « Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2018 sont fixés par décret. » ;
- ⑥ 2° Au 2° de l'article 6, les mots : « aux IV et IV *bis* de l'article L. 136-8 » sont remplacés par les mots : « au *c* du 3° et au *b* du 3° *bis* de l'article L. 131-8 ».

Exposé des motifs

Le Gouvernement s'est engagé dès le début du quinquennat à poursuivre le rétablissement des comptes de la sécurité sociale, et à mettre un terme à la dette sociale afin de ne pas grever l'avenir de notre système de protection sociale et en garantir la pérennité pour les générations futures.

Si la part la plus importante de la dette sociale a été transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), dont la date d'extinction demeure fixée à 2024, les déficits des derniers exercices restent à ce jour portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dont la dette de trésorerie devrait avoisiner les 27 milliards d'euros fin 2018.

Le retour à l'équilibre de la sécurité sociale permet de financer le transfert de cette dette résiduelle à la CADES, afin d'assainir définitivement les comptes de la sécurité sociale et de rembourser l'ensemble de la dette sans pour autant dépasser la date de 2024.

Il est ainsi proposé d'autoriser par cette mesure le transfert de 15 Md€, soit plus de la moitié de la dette accumulée à l'ACOSS, le reliquat ayant vocation à être apuré progressivement par les excédents prévus du régime général de la sécurité sociale. Ce transfert sera financé par l'affectation d'une fraction accrue de contribution sociale généralisée (CSG), pour un montant de près de 1,5 milliard d'euros en 2020, augmenté de 2 milliards d'euros en 2021 et d'1,5 milliard d'euros en 2022 soit 5 Md€ en cumul.

Ce transfert des ressources rendues disponibles par les prévisions d'excédent sera réalisé sans aucun impact pour les contribuables.

L'apurement définitif de la dette de la sécurité sociale, en réduisant le niveau de la dette publique, participe à l'effort de redressement des comptes publics. Par ailleurs, cette mesure permet de sécuriser une fraction de dette publique face au risque de remontée des taux d'intérêts, en conformité avec les recommandations de la Cour des comptes.

Article 21

Est approuvé le montant de 5,6 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l'Etat en compensation d'exonérations s'élèvent à 5,6 Md€ en 2019. Cela représente un montant en baisse, du fait de la bascule d'une partie exonérations qui faisaient auparavant l'objet d'une compensation du budget général vers les allègements généraux en application de l'article 8 du présent projet de loi.

Article 22

- ① Pour l'année 2019, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

②

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	217,5	218,0	-0,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,7	13,5	1,2
Vieillesse	241,4	241,2	0,3
Famille	51,5	50,3	1,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	511,3	509,1	2,2
Fonds de solidarité vieillesse	16,6	18,4	-1,8
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	509,9	509,6	0,4

Exposé des motifs

Pour la première fois depuis 2001, le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit un excédent au niveau constitué par l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Seuls le FSV et la branche maladie afficheront un déficit, mais en nette résorption par rapport à 2018.

Article 23

①

Pour l'année 2019, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

②

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	216,0	216,4	-0,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,3	12,2	1,1
Vieillesse	137,6	136,9	0,7
Famille	51,5	50,3	1,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	405,2	402,7	2,5
Fonds de solidarité vieillesse	16,6	18,4	-1,8
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	404,9	404,2	0,7

Exposé des motifs

De la même manière que sur le périmètre des régimes obligatoires de base, seuls le Fonds solidarité vieillesse (FSV) et la branche maladie du régime général demeurent en déficit en 2019. Ces déficits sont toutefois en nette résorption, et l'ensemble consolidé des soldes du régime général et du FSV affiche un excédent.

Article 24

①

I. – Pour l'année 2019, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,0 milliards d'euros.

②

II. – Pour l'année 2019, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

③

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

④

III. – Pour l'année 2019, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

⑤

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes	0
Total	0

Exposé des motifs

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux en 2019 permet d'amplifier le désendettement de la sécurité sociale. Fin 2019, la dette restant à amortir à la CADES devrait s'élever à 89 Md€, 171 Md€ ayant déjà été amortis par la caisse.

Article 25

①

Sont habilités en 2019 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

②

(en millions d'euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	38 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 900
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF période du 1 ^{er} au 31 janvier	600
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF période du 1 ^{er} février au 31 décembre	330
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	470
Caisse nationale des industries électriques et gazières	420
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales période du 1 ^{er} janvier au 31 juillet	800
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales période du 1 ^{er} août au 31 décembre	1 200

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 38 milliards d'euros pour l'exercice 2019, soit un niveau identique à celui du plafond voté pour l'exercice 2018, qui permettra la couverture intégrale des besoins de trésorerie du régime des

exploitants agricoles, du régime de sécurité sociale dans les mines, du régime spécial des industries électriques et gazières, ainsi que, à compter de 2019, des besoins du régime spécial des agents de la SNCF et du régime d'assurance vieillesse des fonctionnaires locaux et hospitaliers (CNRACL). Ce plafond d'emprunt permettra à l'ACOSS de gérer les aléas et décalages de flux pesant sur son profil tout au long de l'année. Il garantit à l'Agence une bonne couverture de son risque de liquidité en lui permettant d'immobiliser les sommes afférentes avec une prévisibilité et une marge de manœuvre suffisantes.

Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 4,9 milliards d'euros, stable par rapport à l'exercice 2018.

Le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) est fixé à 600 millions d'euros pour la période courant du 1er janvier au 31 janvier, puis à 330 millions d'euros pour le reste de l'année 2019. Ce premier plafond permettra à la caisse de couvrir ses engagements avant qu'elle n'encaisse le premier versement de la subvention d'équilibre de l'Etat au régime de retraite.

Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 470 M€, supérieur de 20 M€ au plafond d'emprunt en 2018. Les besoins de financement du régime des mines ont été très fortement réduits ces dernières années par la reprise des déficits cumulés de la branche maladie, grâce à l'intégration financière au régime général prévu par la LFSS pour 2016. Toutefois, les besoins de trésorerie de la caisse restent importants au regard de la situation de la branche vieillesse qui cumule des déficits importants (-328 M€ à fin 2018), en raison d'une adéquation imparfaite entre ses dépenses et ses recettes au titre desquelles la dotation d'équilibre versée par le budget de l'Etat.

Compte tenu de recettes plus dynamiques, les besoins de trésorerie de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) seront réduits en 2019. Il est donc proposé de réduire le plafond pour cette année à 420 millions d'euros.

Enfin la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) devra recourir à l'emprunt en 2019 pour des niveaux conséquents. En effet, la situation financière du régime se dégrade dès 2019, avec un résultat prévisionnel négatif de -1 245 M€. Il est proposé de tenir compte de la diminution progressive du solde de trésorerie sur

l'année en retenant un plafond d'emprunt de 800 millions d'euros pour les sept premiers mois puis un second plafond de 1 200 millions d'euros pour cinq mois restant.

Article 26

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2019 à 2022), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Exposé des motifs

Le présent article vise à approuver la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base présentée dans l'annexe B à la loi de financement de la sécurité sociale.

L'annexe présente les sous-jacents économiques qui ont permis la construction du projet de loi et des soldes des régimes de base jusqu'en 2022, et notamment les données macro-économiques qui déterminent le niveau des recettes, ainsi que la montée en charge des mesures portées dans le PLFSS en dépenses.

Dans un contexte de redressement des comptes sociaux et de retour à l'équilibre à partir de 2019, la trajectoire inclut l'apurement d'une part de la dette résiduelle portée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale avec un transfert progressif à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, comme le prévoit l'article 20. La trajectoire prévoit également une participation de la sécurité sociale à la prise en charge du renforcement des allègements généraux comme préconisé par le rapport relatif à la rénovation des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Elle garantit le maintien à l'équilibre de la sécurité sociale.

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

TITRE I^{ER}

TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS

Article 27

- ① I. – L'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa :
- ③ a) Au début, il est inséré la mention : « I. – » ;
- ④ b) Après les mots : « mentionnées aux 1° », sont insérés les mots : « , 2° » ;
- ⑤ c) Les mots : « lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par établissement » sont remplacés par les mots : « lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement » ;
- ⑥ 2° Après le premier alinéa, il est inséré trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « II. – Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés. Lorsqu'un établissement mentionné au premier alinéa du I n'atteint pas, pendant trois années consécutives, un tel seuil minimal, pour un même indicateur, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné.

- ⑧ « Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.
- ⑨ « Lorsque, pour une année donnée, un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le directeur général de l'agence régionale de santé qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté pendant trois années consécutives. » ;
- ⑩ 3° Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑪ « III. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis annuellement par chaque établissement mentionné au premier alinéa du I et définit les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs.
- ⑫ « Avant le 31 décembre de chaque année, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, fixe les seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs et prévoit les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière. »
- ⑬ II. – Les dispositions prévues au I entrent en vigueur :
- ⑭ - le 1^{er} janvier 2020 pour le 2° et le 3° du I ;
- ⑮ - le 1^{er} janvier 2021 pour le b du 1° du I.

Exposé des motifs

Le développement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant les usagers est un axe central de la stratégie nationale de santé 2018-2022. La mesure de la qualité s'est améliorée et ses indicateurs sont rendus publics. La démarche d'amélioration continue de la qualité, fondement de la certification des établissements, est un moteur puissant et fédérateur de changement et d'amélioration des organisations et pratiques professionnelles, au bénéfice des patients qui sont de plus en plus acteurs de ces évolutions.

Les modalités de financement sont un des leviers majeurs pour consolider et amplifier ces évolutions. Ainsi, la stratégie nationale de santé souligne-t-elle la nécessité de faire évoluer les modèles de financement pour qu'ils incitent à la qualité et à la pertinence des soins et non pas seulement au volume d'activité.

Des dispositifs de paiement à la qualité ont été progressivement introduits dans de nombreux pays de l'OCDE, en combinaison avec d'autres dispositifs favorisant la productivité du système.

En France, l'introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique pour la médecine de ville et du programme Incitations Financières à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) pour le secteur hospitalier en 2012, et la généralisation de ce programme en 2016 ont constitué des étapes importantes.

Dans le prolongement de ces premières étapes, la mesure proposée prévoit d'étendre le dispositif de rémunération à la qualité en établissement de santé aux établissements psychiatriques à un horizon de trois ans. En outre, le dispositif évoluera de manière à prendre mieux en compte, pour l'ensemble des établissements, les résultats et expériences rapportés par les patients.

Afin de mieux prévenir les conséquences de résultats insuffisants en matière de qualité, la mesure prévoit également la possibilité d'appliquer une pénalité aux établissements dont les résultats n'atteignent pas un seuil minimum pour certains des critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette pénalité ne serait appliquée qu'à partir de 2020 et a pour objectif de sanctionner des résultats considérés comme inacceptables sur des critères de non qualité. Il est proposé que cette pénalité soit plafonnée à 0,5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Article 28

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Il est créé un article L. 162-22-6-2 ainsi rédigé :
 - ③ « *Art. L. 162-22-6-2.* – Afin d'améliorer le parcours de soins, pour des patients atteints de pathologies chroniques dont la liste est précisée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des prestations mentionnées aux articles L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1 peut donner lieu, par dérogation aux mêmes articles, à une rémunération forfaitaire. » ;
- ④ 2° Au I de l'article L. 162-22-10 :
 - ⑤ a) Le 2° est complété par les mots : « et du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2 » ;
 - ⑥ b) Le 5° est abrogé ;
 - ⑦ c) Au dernier alinéa, les mots : « aux 2° et 5° » sont remplacés par les mots : « au 2° » ;
- ⑧ 3° À l'article L. 162-22-12, après les mots : « L'État arrête le montant », sont insérés les mots : « du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2, » ;
- ⑨ 4° Au premier alinéa de l'article L. 162-22-15 :
 - ⑩ a) Les mots : « annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, » sont remplacés par les mots : « et dotations mentionnés » ;
 - ⑪ b) Les mots : « respectivement, aux articles », sont remplacés par les mots : « respectivement, aux articles L. 162-22-6-2, ».

Exposé des motifs

L'augmentation continue du nombre de cas de pathologies chroniques est une constante des systèmes de santé occidentaux.

En France les pathologies chroniques représentent 60 % des dépenses d'assurance maladie alors qu'elles ne concernent que 17 % des assurés.

La plupart des patients atteints de pathologies chroniques sont pris en charge à la fois par la ville et par les structures hospitalières dans des parcours rarement coordonnés.

Le système de rémunération actuel, qui dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers repose majoritairement sur la quantité de soins produits, est particulièrement peu adapté à la prise en charge des pathologies chroniques. En effet, il finance essentiellement les soins curatifs et peu les soins préventifs, et n'incite pas à la coordination entre acteurs.

C'est pourquoi il est proposé d'engager la transition vers un modèle de rémunération forfaitaire pour la prise en charge de certaines pathologies chroniques en vue d'inciter les professionnels à prévenir la survenue des complications des maladies chroniques et à en freiner l'évolution.

Ces forfaits ont vocation, à terme, à concerner l'ensemble des professionnels de santé, que ce soit en ville ou en établissement de santé, et à être déclinés en fonction du risque du patient. Ils intégreront également des indicateurs mesurant la qualité de la prise en charge ainsi que la satisfaction des patients.

Dans un premier temps, en 2019, ces forfaits ne concerneront que les établissements de santé, et deux pathologies (diabète et insuffisance rénale chronique). Ils devront leur permettre de s'engager dans une démarche de transformation de leurs pratiques, davantage préventive et coordonnée avec la ville.

Article 29

- ① L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 2° du II est complété par les dispositions suivantes :
- ③ « e) Le 3° de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 du même code relatives à l'organisation et à la dispensation des soins, pour la durée de l'expérimentation ;
- ④ « f) Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser, sans dépassement

d'honoraires, une activité libérale hors de l'établissement où il est nommé ou exerce à titre principal son activité ;

- ⑤ « g) Les articles L. 4041-2 et L. 4042-1, afin de permettre à des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires 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 ;
- ⑥ « h) Le dernier alinéa de l'article L. 6133-1, afin de permettre la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire, pour la durée de l'expérimentation ;
- ⑦ « i) Le deuxième alinéa de l'article L. 6312-4, afin de permettre aux agences régionales de santé d'adapter les autorisations de mise en service de véhicules sanitaires affectés aux transports terrestres aux besoins des établissements de santé. » ;
- ⑧ 2° Les IV, V et VI deviennent respectivement les V, VI et VII ;
- ⑨ 3° Après le III de l'article L. 162-31-1, il est inséré un IV ainsi rédigé :
- ⑩ « IV. – Pour les expérimentations mentionnées au I dérogeant à une ou plusieurs règles rappelées en II et comportant une démarche de coopération telle que celles visées à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, les dispositions des articles L. 4011-2 à L. 4011-3 ne sont pas applicables, sous réserve des deux premiers alinéas de l'article L. 4011-3.
- ⑪ « Les expérimentations mentionnées au I dérogeant à une ou plusieurs règles rappelées en II et comportant la réalisation d'actes de télésurveillance tels que ceux visés au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 sont soumises à la procédure et au financement prévus au III, qui se substituent à la procédure et au financement prévus au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. »

Exposé des motifs

La transformation de notre système de santé nécessite de tester des modes d'organisation et de financement innovants, à l'initiative, notamment, des acteurs de terrain. C'est l'objet de l'article 51 de la loi de

financement de la sécurité sociale pour 2018, qui prévoit un cadre unique d'expérimentation pour l'innovation du système de santé.

Les dérogations ouvertes en LFSS pour 2018 visaient essentiellement à promouvoir des modes de financement innovants (financement à l'épisode de soins, paiement en équipes de professionnels...). Moins d'un an après l'ouverture de ce droit à expérimentation, près de 370 porteurs de projets ont déjà manifesté leur intérêt pour ce dispositif et formulé des premières propositions de projets dans le cadre de projets nationaux (réponses aux appels à manifestation d'intérêt) ou à l'initiative des acteurs. Ces résultats, obtenus en quelques mois, résultent d'une importante mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs de la santé.

La concrétisation de la stratégie de transformation du système de santé, annoncée par le Président de la république le 18 septembre, nécessite d'amplifier dès à présent la portée de ces expérimentations pour permettre aux acteurs qui le souhaitent de s'engager plus franchement dans la transformation de leurs organisations.

Le champ de l'article 51 doit ainsi être élargi pour permettre d'intégrer des projets plus ambitieux, notamment en ce qui concerne les établissements de santé, ce qui nécessite de déroger aux conditions techniques de fonctionnement relevant du droit des autorisations des activités de soins. Cet élargissement permettra également d'accompagner le plan d'égal accès aux soins, en permettant aux praticiens hospitaliers qui le souhaitent d'exercer leur activité libérale « hors les murs », dans le cadre d'une activité mixte ville / hôpital. Amplifier ainsi la portée de l'article 51 permettra d'accompagner un nombre plus importants de projets expérimentaux et d'accélérer la transformation du système de santé en mobilisant l'ensemble des acteurs dans le sens d'une meilleure prise en charge du patient et d'une plus grande efficience des dépenses de santé.

Article 30

- ① I. – Au 5° *bis* de l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 613-7 » sont insérés les mots : « et à l'article L. 642-4-2 ».
- ② II. – La section 1 du chapitre 2 du titre 4 du livre 6 du même code est complétée par un article ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 642-4-2.* – I. – Les médecins exerçant leur activité à titre de remplacement ainsi que les étudiants en médecine remplissant les

conditions prévues à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique dont les rémunérations issues de l'activité de remplacement sont inférieures à un seuil fixé par décret, peuvent opter pour un taux global et le calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables. Le taux global, fixé par décret, est appliqué par référence aux taux des contributions et cotisations sociales applicables aux revenus des médecins mentionnés au 1° de l'article L. 646-1 au montant de leur rémunération après abattement prévu à l'article 102 *ter* du code général des impôts. Ce décret fixe également les règles d'affectation des sommes versées entre les différents régimes ou branches concernées.

- ④ « II. – L'option pour l'application des dispositions mentionnées au I est exercée auprès de la caisse mentionnée aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans la circonscription de laquelle sont exercées les activités de remplacement. Cette caisse assure, en lien avec les médecins ou les étudiants concernés et les organismes mentionnés au III, la réalisation des déclarations nécessaires à ces activités.
- ⑤ « III. – La déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations et des contributions sociales qui en découlent sont effectués par les médecins et les étudiants remplaçants mentionnés au I au moyen d'un téléservice mis en place à cette intention par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. »
- ⑥ III. – À l'article L. 644-2 du même code, après les mots : « conjoints-collaborateurs », sont insérés les mots : « et les personnes ayant fait valoir l'option prévue à l'article L. 642-4-2 ».
- ⑦ IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Exposé des motifs

Le présent article vise à simplifier l'exercice mixte (salarié et libéral) des médecins souhaitant effectuer des remplacements en libéral. Il s'inscrit dans le cadre des priorités déterminées par le plan d'accès aux soins du 13 octobre 2017 et constitue ainsi l'un des leviers retenu par le Gouvernement pour renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients. La mesure s'inscrit également dans la continuité des actions déjà engagées à destination des étudiants et jeunes médecins qui visent notamment à favoriser les remplacements dans les zones sous-denses et à répondre aux problèmes de démographie spécifiques aux médecins.

La mesure proposée crée un nouveau régime simplifié pour les professionnels médicaux conventionnés (RSPM) inspiré du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). Ce nouveau régime permettra de simplifier la déclaration et le paiement des cotisations sociales des médecins salariés exerçant une activité de remplacement libéral à titre secondaire et dont les revenus n'excèdent pas un plafond qui sera fixé par décret à environ 19 000 € brut par an, soit environ 7 à 8 semaines de remplacement. Il reposera notamment sur un taux global (somme des taux dus dans l'ensemble des régimes après prise en charge par l'assurance maladie), une assiette simple et facile à appréhender (les honoraires rétrocedés) et une logique de déclaration / paiement simultanés, sur un rythme mensuel à l'initiative du médecin.

Cette mesure, dans la continuité de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 relatif à la suppression de la condition de délai d'activité préalable pour être affilié au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, permettra de favoriser les remplacements notamment dans les zones sous-denses et contribuera ainsi au renforcement de l'accès aux soins dans les territoires. Elle permettra également aux étudiants de 3^e cycle de se familiariser avec l'exercice en médecine de ville et de renforcer l'attractivité de l'exercice mixte (salarié / libéral).

Article 31

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le 2° de l'article L. 4041-2, il est inséré un 3° ainsi rédigé :
- ③ « 3° Sous réserve que ses statuts le prévoient, l'exercice de la pratique avancée par des auxiliaires médicaux, tels que définis à l'article L. 4301-1. » ;
- ④ 2° Au second alinéa de l'article L. 4041-3, après les mots : « Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoire », sont insérés les mots : « , à l'exception de celles dont l'objet comprend l'exercice de la pratique mentionnée au 3° de l'article L. 4041-2, » ;
- ⑤ 3° Au premier alinéa de l'article L. 4042-1, après les mots : « en contrepartie », les mots : « de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun » sont remplacés par les mots : « des activités professionnelles mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 4041-2 ».

- ⑥ II. – Au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots : « en centre de santé », sont insérés les mots : « , en maison de santé ».

Exposé des motifs

Le développement des pratiques avancées des auxiliaires médicaux en ville constituera un puissant levier d'amélioration de l'accès aux soins. Les maisons de santé, dont il est prévu de doubler le nombre d'ici 2022, constituent un support utile pour le développement d'équipes coordonnées de professionnels de santé dans le cadre d'exercice offert par ces pratiques avancées. Or, si les centres de santé peuvent d'ores et déjà « exercer » ces nouvelles pratiques et ainsi salarier des auxiliaires médicaux à cette fin, tel n'est pas le cas des maisons de santé. Il existe aussi un souhait des professionnels de santé de diversification dans leur mode de rémunération, au sein des structures libérales. Cet obstacle au développement de ces pratiques dans les maisons de santé constitue un frein au développement des prises en charge dans le champ des soins primaires, qu'il convient de lever.

En effet, les maisons de santé conventionnées avec l'assurance maladie sont constituées en société interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) et leur objet est ainsi limité, par la loi, à la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle des associés ainsi qu'à l'exercice d'activités en commun limitativement définies (coordination thérapeutique / éducation thérapeutique du patient / coopération entre professionnels) qui n'incluent pas l'exercice en pratique avancée. Le présent texte élargit donc l'objet des SISA aux pratiques avancées et offre ainsi à ce nouveau mode d'exercice un cadre particulièrement adapté. L'assurance maladie pourra ainsi rémunérer par le salariat un nouveau mode d'exercice, ce qui améliorera d'autant l'accès aux soins, en particulier pour les patients atteints de pathologies chroniques.

Article 32

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 161-38 :
- ③ a) Au II, après les mots : « répertoires des génériques », sont insérés les mots : « , au registre des médicaments hybrides » ;

- ④ *b) Au IV :*
- ⑤ - les mots : « sont rendus obligatoires » sont remplacés par les mots : « peuvent être demandées par les éditeurs » ;
- ⑥ - les mots : « dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État et au plus tard le 1^{er} janvier 2015 » sont remplacés par les mots : « , produits de santé et prestations éventuellement associées, le cas échéant par les pharmacies d'officine ou les pharmacies à usage intérieur. Les fonctionnalités qui doivent être fournies par le logiciel en vue d'obtenir la certification sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑦ - le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑧ *c) Le V est remplacé par les dispositions suivantes :*
- ⑨ « V. – Les éditeurs de logiciels demandant une certification en application du présent IV s'engagent à faire évoluer leur logiciel pour en assurer la conformité avec les évolutions des fonctionnalités mentionnées à l'alinéa précédent.
- ⑩ « En cas de retard de la mise à jour d'un logiciel certifié ou de non-respect des éléments de certification, hors les cas d'impossibilité technique, le ministre en charge de la sécurité sociale peut prononcer une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise éditant le logiciel qui n'a pas respecté les engagements mentionnés au premier alinéa, après mise en demeure et recueil des observations de celle-ci.
- ⑪ « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité et de la durée du manquement constaté et, le cas échéant, du nombre de réitérations des manquements, sans pouvoir être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le ou les logiciels concernés par le manquement.
- ⑫ « La pénalité recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ⑬ « En cas de manquement répété à ses engagements, les logiciels concernés peuvent perdre leur certification. » ;

- ⑭ 2° Après l'article L. 162-2-2, il est inséré un article L. 162-2-3 ainsi rédigé :
- ⑮ « *Art. L. 162-2-3.* – Dans le cadre des actions de prévention ou participant à la pertinence de soins identifiés, mises en œuvre dans le cadre des missions mentionnées au 3° de l'article L. 221-1 et au III *bis* et au IV de l'article L. 315-1, l'assurance maladie peut transmettre aux médecins et aux pharmaciens certaines données personnelles des patients traités par ces professionnels, sauf opposition des patients dûment informés par ces professionnels ou par l'assurance maladie, dans le respect des dispositions du chapitre IX de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- ⑯ « Les informations transmises ont un lien direct avec l'objet des actions mentionnées au premier alinéa, et sont nécessaires à une meilleure prise en charge du patient, en termes de qualité ou de pertinence. Elles peuvent comprendre des données administratives relatives aux patients, des données liées au remboursement par l'assurance maladie ou encore des données à caractère médical dont dispose l'assurance maladie. L'information peut être transmise aux professionnels à l'aide de services dématérialisés par l'assurance maladie, directement par ses agents dûment habilités, ou à l'aide du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. » ;
- ⑰ 3° À l'article L. 162-5 :
- ⑱ a) Le 21° est abrogé ;
- ⑲ b) Au 22°, après les mots : « la prescription, », sont insérés les mots : « l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38, » ;
- ⑳ 4° À l'article L. 162-5-15 :
- ㉑ a) Au premier alinéa, les mots : « mentionnés à l'article L. 6155-1 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « exerçant en totalité ou pour partie leurs fonctions, à titre libéral ou salarié, dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, », et après les mots : « ils exercent », sont insérés les mots : « , au moins en partie, » ;
- ㉒ b) Au deuxième alinéa, les mots : « figure obligatoirement » sont remplacés par les mots : « personnel, ainsi que le cas échéant le numéro

identifiant la structure au sein duquel l'acte, la consultation ou la prescription a été réalisé, figurent » ;

- ②③ 5° À l'article L. 162-5-16, après les mots : « À défaut d'identification », est inséré le mot : « exacte », et après les mots : « à l'article L. 162-5-15 », sont insérés les mots : « et par le numéro identifiant la structure, » ;

- ②④ 6° Après l'article L. 162-5-17, il est créé un article L. 162-5-18 ainsi rédigé :

- ②⑤ « *Art. L. 162-5-18.* – Le pharmacien exécutant l'ordonnance comportant ou devant comporter le numéro personnel et le numéro identifiant la structure mentionnés à l'article L. 162-5-15, est tenu de reporter ces numéros sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie.

- ②⑥ « Le non-respect de cette obligation ou la transmission d'éléments erronés peuvent donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code, pour le pharmacien. » ;

- ②⑦ 7° Au 8° de l'article L. 162-16-1, après les mots : « sur la dispensation, », sont insérés les mots : « l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38, ».

Exposé des motifs

Les solutions numériques, employées en combinaison avec les autres outils disponibles, peuvent appuyer efficacement la transformation de notre système de santé. Utilisées à bon escient, elles pourront aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne, en leur signalant certaines interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses, en leur rappelant l'intérêt d'utiliser telle ou telle alternative thérapeutique dans une situation donnée, ou encore en leur permettant de mieux analyser leur pratique, par exemple au sein d'un établissement de santé. Cette transformation numérique de notre système de santé sera nécessairement progressive, et reposera sur un meilleur partage des informations disponibles.

Le présent article vise à améliorer le recours aux outils numériques disponibles pour les professionnels de santé. Il renforce tout d'abord les incitations à recourir à des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation certifiés pour les médecins et les pharmaciens, qu'ils exercent

selon un exercice libéral ou au sein d'un établissement de santé. Les logiciels d'aide à la prescription, qui pourront continuer à être certifiés par la Haute Autorité de santé, constituent en effet un outil quotidien très utile pour faciliter certaines tâches répétitives ou repérer de potentiels risques liés à certaines prescriptions.

L'article renforce également les modalités de connaissance du système de santé, et notamment de certaines prescriptions. Il rend possible, comme cela existe déjà pour les établissements de santé publics, le fait de mieux connaître les prescriptions provenant des établissements de santé privés, en reportant cette information sur les supports de prescription. Pour que l'information de l'ensemble des acteurs soit effectivement renforcée, l'article prévoit l'obligation de transmission de ces données par le pharmacien ; il s'agit de reconnaître pleinement le rôle de ce professionnel dans la collecte et la transmission d'informations, comme cela a également récemment été le cas s'agissant de son implication dans les études en vie réelle. Surtout, il permettra aux organismes d'assurance maladie de mieux informer les prescripteurs sur les modalités qui permettraient d'améliorer la prise en charge de certains de leurs patients, en mettant à profit les données déjà détenues par l'assurance maladie, comme par exemple la date de la dernière vaccination.

Ces mesures 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.

Article 33

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 133-4 :
- ③ a) Au premier alinéa, après le mot : « tarification », sont insérés les mots : « , de distribution » ;
- ④ b) Au quatrième alinéa, après les mots : « du professionnel », sont insérés les mots : « du distributeur », et après les mots : « de santé » il est inséré le mot : « , à un distributeur » ;
- ⑤ c) Au dernier alinéa, les mots : « des quatre alinéas qui précèdent » sont remplacés par les mots : « du présent article » ;

- ⑥ 2° Au cinquième alinéa de l'article L. 162-9, les mots : « prévues au 3° du présent article » sont remplacés par les mots : « prévues au 2° du présent article » ;
- ⑦ 3° À l'article L. 165-1 :
- ⑧ a) À la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « et d'utilisation » sont remplacés par les mots : « , d'utilisation et de distribution » ;
- ⑨ b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « L'inscription sur la liste peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou 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. » ;
- ⑪ 4° Après l'article L. 165-1-3, il est inséré un article L. 165-1-4 ainsi rédigé :
- ⑫ « *Art. L. 165-1-4. – I. –* Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le fabricant ou pour le distributeur, de proposer et de disposer de certains produits ou prestations appartenant aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article.
- ⑬ « *II. –* La distribution, en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie, de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, 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 liste mentionnée à l'article L. 165-1 et celles fixées au I du présent article, ainsi que la satisfaction des patients.
- ⑭ « *III. –* Les sommes dues en application des dispositions de l'article L. 133-4 sont recouvrées auprès du distributeur concerné lorsqu'elles résultent du non-respect des dispositions du I ou de l'article L. 165-9 par ce distributeur.
- ⑮ « *IV. –* Le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du fabricant ou du distributeur, après que

celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière :

- ⑩ « 1° D'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxe total réalisé en France en cas de méconnaissance des obligations mentionnées au I ;
- ⑪ « 2° D'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France pour les produits ou prestations pour lesquels les obligations mentionnées au II ou à l'article L. 165-9 ont été méconnues.
- ⑫ « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements.
- ⑬ « V. – Le distributeur qui n'entend pas mettre en œuvre les obligations mentionnées au présent article et à l'article L. 165-9 en informe les assurés sociaux selon des modalités appropriées, définies par le décret mentionné au VI. L'ensemble des produits et prestations qu'il distribue ne peuvent alors être admis au remboursement.
- ⑭ « VI. – Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article. » ;
- ⑮ 5° À l'article L. 165-2 :
- ⑯ a) Au troisième alinéa du I, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Elle peut également tenir compte, à la demande des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. » ;
- ⑰ b) Après le huitième alinéa du II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑱ « 8° L'appartenance du produit ou de la prestation à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. » ;
- ⑲ c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑳ « V. – Par dérogation aux dispositions des I et II, le tarif de responsabilité des produits et prestations n'appartenant pas aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 peut être fixé par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. » ;
- ㉑ 6° À l'article L. 165-9 :

- ②⑧ a) Au premier alinéa, les mots : « et de chaque prestation proposés » sont remplacés par les mots : « proposé, incluant la fourniture du produit et précisant les prestations indissociables, » et il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Le devis comporte au moins un équipement d'optique médicale ou une aide auditive appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, sous réserve qu'il en existe un qui réponde au besoin de santé. » ;
- ②⑨ b) Au troisième alinéa, les mots : « et les informations d'identification et de traçabilité sont transmises » sont remplacés par les mots : « est transmise » ;
- ③⑩ c) Le quatrième et le cinquième alinéas sont remplacés par l'alinéa suivant :
- ③⑪ « Le contenu et la présentation du devis et de la note, y compris les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité, 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 mentionné à l'article L. 112-1 du code de la consommation. » ;
- ③⑫ 7° À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 871-1 :
- ③⑬ a) Les mots : « peuvent être » sont remplacés par le mot : « sont » ;
- ③⑭ b) Les mots : « et les aides auditives » sont ajoutés.
- ③⑮ II. – Le titre III du livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ③⑯ 1° À l'article L. 2132-2-1 :
- ③⑰ a) Au premier alinéa, les mots : « leur sixième et leur douzième » sont remplacés par les mots : « leur troisième, leur sixième, leur neuvième, leur douzième et leur quinzième » et la deuxième phrase est supprimée ;
- ③⑱ b) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ③⑲ « Dans l'année qui suit leur dix-huitième, leur vingt-et-unième et leur vingt-quatrième anniversaire, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie.

- ④⑩ « Les examens prévus aux alinéas précédents ainsi que, le cas échéant, les soins consécutifs sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-12 du code de la sécurité sociale. » ;
- ④⑪ c) Au dernier alinéa, les mots : « de cet examen » sont remplacés par les mots : « de ces examens » et il est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « À défaut d'accord sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces examens et sur la prise en charge des soins consécutifs, ces dernières sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;
- ④⑫ 2° L'article L. 2134-1 est abrogé.
- ④⑬ III. – A. – Les dispositions du I et du II du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019, sous réserve des dispositions du B.
- ④⑭ B. – Les dispositions prises pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020.
- ④⑮ Les organisations liées par une convention de branche ou un accord professionnel permettant aux salariés de bénéficier de la couverture minimale prévue par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale engagent une négociation afin que la convention ou l'accord soient rendus conformes aux conditions prévues à l'article L. 871-1 du même code, dans sa rédaction issue de la présente loi, avant le 1^{er} janvier 2020.
- ④⑯ Les accords d'entreprise et les décisions unilatérales des employeurs permettant de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale sont adaptés dans les mêmes conditions, dans le respect, pour les décisions unilatérales, de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Exposé des motifs

L'accès aux lunettes, aux soins dentaires et aux aides auditives est marqué par des restes à charge importants qui sont à l'origine de renoncements aux soins.

Donner à tous les Français un accès à des soins pris en charge à 100 %, dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire constitue l'un des engagements du Président de la République pendant la campagne.

Après une large concertation avec les différents acteurs de la santé et professionnels des secteurs concernés, cette réforme majeure pour le quotidien des Français va pouvoir se mettre en place progressivement au cours des trois prochaines années.

Cette concertation a permis de définir un panier « 100 % santé », comprenant des équipements et des soins de qualité répondant à l'ensemble des besoins de santé publique dans les trois domaines concernés. Cette offre sera accessible à tous les assurés et prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, et donc sans reste à charge pour les patients.

Un relèvement des bases de remboursement de la sécurité sociale a été arrêté, celle des aides auditives étant par exemple doublée, de 200 à 400 euros, d'ici 2021. De même, des prix limites de vente sur le panier 100 % santé ont été fixés à des niveaux compatibles avec une offre exigeante et de qualité.

L'article prévoit que les contrats de complémentaire santé responsables et solidaires couvrent obligatoirement 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 ».

Pour assurer la disponibilité de ce panier de soins et la bonne information des assurés sur son existence, les opticiens et les audioprothésistes seront tenus de proposer ces offres et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement sans frais. La présente mesure permet également de se doter d'outils permettant de contrôler les exigences de qualité requises.

Enfin, cette réforme ne se limite pas à lever les obstacles financiers à l'accès à la santé. Elle vise plus globalement à améliorer l'accès aux soins dans chacun de ces secteurs, en favorisant des organisations professionnelles et de travail plus efficaces et en développant les actions de prévention, avec la mise en place notamment d'un examen bucco-dentaire dès 3 ans. Elle introduit également le principe d'un dispositif de suivi de la qualité des prises en charge, à l'aide notamment d'enquêtes..

TITRE II

AMÉLIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ

CHAPITRE 1^{ER}

Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins

Article 34

- ① I. – Le titre 6 du livre 8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 861-1 :
- ③ a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④ « Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 ont droit à une protection complémentaire en matière de santé dans les conditions suivantes :
- ⑤ « 1° 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 ;
- ⑥ « 2° 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 %.
- ⑦ « Le plafond mentionné aux deux précédents alinéas varie selon la composition du foyer. Il est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Le montant du plafond en résultant est arrondi à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. Le montant ainsi revalorisé est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;
- ⑧ b) Le deuxième alinéa est complété par les mots : « du foyer d'une personne mentionnée aux trois premiers alinéas. » ;
- ⑨ c) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « de l'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de leurs frais de santé » ;

- ⑩ d) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑪ « Un décret en conseil d'État fixe les conditions de bénéfice à titre personnel de la protection complémentaire des personnes dont les conditions de rattachement au foyer ont pris fin entre la dernière déclaration fiscale et la demande mentionnée à l'article L. 861-5. »
- ⑫ 2° Au deuxième alinéa de l'article L. 861-2, les mots : « au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « au 1° » ;
- ⑬ 3° À l'article L. 861-3 :
- ⑭ a) Au premier alinéa, les mots : « , sans contrepartie contributive, » sont supprimés, les mots : « sous réserve » sont remplacés par les mots : « après application, le cas échéant, » et les mots : « dont elles bénéficient » sont ajoutés après les mots : « obligatoires professionnelles » ;
- ⑮ b) Au 3°, le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;
- ⑯ c) Le huitième alinéa est supprimé ;
- ⑰ 4° Au deuxième alinéa de l'article L. 861-4, les mots : « gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'État » sont remplacés par les mots : « assurant la prise en charge de leurs frais de santé » et les mots : « , y compris lorsque la demande de protection complémentaire en santé a été instruite par un autre organisme » sont ajoutés ;
- ⑱ 5° À l'article L. 861-5 :
- ⑲ a) Au premier alinéa :
- ⑳ - les mots : « d'attribution de la protection » sont remplacés par les mots : « de protection » ;
- ㉑ - les mots : « du régime d'affiliation du demandeur » sont remplacés par les mots : « assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur. Elle est valable au titre de l'ensemble des personnes du 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 des prestations mentionnées à l'article L. 861-3. » ;
- ㉒ - la dernière phrase est supprimée ;

- ②③ *b)* Au deuxième alinéa, les mots : « du service du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu » sont remplacés par les mots : « du service des prestations sociales et familiales » ;
- ②④ *c)* Au troisième alinéa, les mots : « prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse » sont remplacés par les mots : « notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé » et après les mots : « recours contentieux », sont insérés les mots : « en application des dispositions des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8 » ;
- ②⑤ *d)* Au quatrième alinéa, il est inséré, avant la première phrase, une phrase ainsi rédigée : « La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné à l'alinéa précédent, 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. » et les mots : « le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé » sont remplacés par les mots : « le bénéfice de cette prise en charge » ;
- ②⑥ *e)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ②⑦ « Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement. » ;
- ②⑧ 6° L'article L. 861-6 est abrogé ;
- ②⑨ 7° À l'article L. 861-7 :
- ③⑩ *a)* Au deuxième alinéa, les mots : « L'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « Le directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 » ;
- ③⑪ *b)* Au dernier alinéa, les mots : « aux articles L. 861-3 et L. 861-8, l'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 861-3, à l'article L. 861-8 et au *c* de l'article L. 862-7, le directeur du fonds mentionné à l'alinéa précédent » ;

- ③② 8° À l'article L. 861-8 :
- ③③ a) Les mots : « sous réserve de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, au premier jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5 » sont remplacés par les mots : « à la date prévue au quatrième alinéa de l'article L. 861-5, sous réserve des autres dispositions de ce même alinéa » ;
- ③④ b) Les mots : « et, le cas échéant, les éléments nécessaires au paiement de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1. » sont ajoutés après les mots : « l'ouverture de leurs droits » ;
- ③⑤ 9° À l'article L. 861-10 :
- ③⑥ a) Après la première phrase du IV, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Ils peuvent également obtenir le remboursement de la participation financière prévue au 2° de l'article L. 861-1 non acquittée par l'assuré. » ;
- ③⑦ b) Au IV, les mots : « de l'autorité administrative compétente » sont remplacés par les mots : « du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé » et la dernière phrase est supprimée ;
- ③⑧ c) Au V, les mots : « des premier et troisième alinéas » sont supprimés ;
- ③⑨ 10° Le chapitre 1 est complété par un article L. 861-11 ainsi rédigé :
- ④⑩ « *Art. L. 861-11.* – Le montant de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 est dû à l'organisme assurant la protection complémentaire par chaque personne bénéficiaire de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-3 et remplissant les conditions prévues au 2° de l'article L. 861-1. Son montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et varie selon l'âge du bénéficiaire. Son montant annuel par bénéficiaire ne peut excéder 5 % du montant du plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 pour une personne seule. Les modalités de notification et de recouvrement de la participation sont fixées par décret en conseil d'État.
- ④⑪ « En cas de non-paiement par l'assuré de la participation financière pendant une durée déterminée, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire, après vérification de la situation du bénéficiaire, informe ce dernier que le bénéfice de son droit à la protection

complémentaire en santé sera suspendu s'il n'acquitte pas le montant dû dans un délai défini par décret en Conseil d'État.

- ④② « À l'expiration du délai et en l'absence de paiement, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire suspend le bénéfice du droit. Il informe également l'intéressé que la suspension du droit ne prendra fin qu'à compter du paiement du montant de l'ensemble des participations échues qui n'ont pas été acquittées, affecté d'une majoration forfaitaire de retard.
- ④③ « L'acquittement du montant mentionné à l'alinéa précédent a pour conséquence :
- ④④ « 1° La fin de la suspension du bénéfice du droit à la protection complémentaire à partir du premier jour du mois qui suit la date d'acquittement de ce montant ;
- ④⑤ « 2° L'abandon du recouvrement de toute autre somme correspondant, le cas échéant, aux frais de santé indument pris en charge au titre de la protection complémentaire pendant la période de suspension du droit et au montant de la participation non acquittée.
- ④⑥ « Par dérogation aux dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, en l'absence d'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa dans un délai déterminé par décret, le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé de l'intéressé met fin à la prise en charge prévue à l'article L. 861-3 pour la durée du droit à la protection complémentaire restant à courir. Cette décision est notifiée à l'intéressé.
- ④⑦ « Les conditions d'application de la suspension et de la fermeture du droit sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;
- ④⑧ 11° À l'article L. 862-1 :
- ④⑨ a) Au premier alinéa, les mots : « et d'assurer la gestion des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1 » sont supprimés ;
- ⑤⑩ b) Au deuxième alinéa, les mots : « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle complémentaire du risque maladie » sont remplacés par les mots : « Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire » ;
- ⑤⑪ c) Au troisième alinéa, les mots : « prévu à » sont remplacés par les mots : « prévu au 1° de » ;

- ⑤2 12° À l'article L. 862-2 :
- ⑤3 a) À la fin du premier alinéa du *a*, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont affectées d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire. » ;
- ⑤4 b) Le deuxième alinéa du *a* est supprimé ;
- ⑤5 c) Le *b* et le *c* sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑤6 « *b*) Par les frais de gestion administrative du fonds.
- ⑤7 « Les modalités d'application du *a* sont précisées par décret. » ;
- ⑤8 13° À l'article L. 862-4 :
- ⑤9 a) Le deuxième alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée : « La participation financière de l'assuré visée au premier alinéa de l'article L. 861-1 n'est pas assujettie à la taxe. » ;
- ⑥0 b) Au III, les mots : « aux *a* et *b* de l'article L. 862-2 » sont remplacés par les mots : « au *a* de l'article L. 862-2 et des sommes versées au titre de l'article L. 862-4-1 » ;
- ⑥1 14° À l'article L. 862-6, les mots : « au fonds » sont remplacés par les mots : « à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » ;
- ⑥2 15° À l'article L. 862-7 :
- ⑥3 a) Au *a*, les mots : « aux *a* et *b* » sont remplacés par les mots : « au *a* » ;
- ⑥4 b) Le *c* est ainsi modifié :
- ⑥5 - les mots : « ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III du même article », sont remplacés par les mots : « , aux cotisations assujetties à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 au titre des contrats conclus en application de l'article L. 911-1, au nombre de personnes assurées ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III de l'article L. 862-4 » ;

- ⑥⑥ - les mots : « les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 » sont remplacés par les mots : « les informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces bénéficiaires en application du 2° de l'article L. 861-1, ainsi que » ;
- ⑥⑦ *c)* Au *d*, les mots : « le nombre de personnes prises en charge et » sont remplacés par les mots : « les informations relatives aux personnes prises en charge, notamment leur nombre et leur âge, » et, après les mots : « de l'article L. 861-4 », les mots : « , ainsi que le montant des participations susmentionnées » sont ajoutés ;
- ⑥⑧ *d)* La deuxième phrase du *e* est remplacée par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥⑨ « Sur cette base, le fonds mentionné à l'article L. 862-1 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 mentionné au troisième alinéa de l'article L. 861-1 ainsi que l'évolution du montant des cotisations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 862-4, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes » ;
- ⑦⑩ *e)* Au dernier alinéa, le mot : « septembre » est remplacé par le mot : « novembre » ;
- ⑦⑪ 16° Les chapitres 3 et 4 du titre 6 du livre 8 du code de la sécurité sociale et les articles L. 863-1 à L. 863-7-1 ainsi que les articles L. 864-1 et L. 864-2 qu'ils contiennent sont abrogés.
- ⑦⑫ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑦⑬ 1° Au 1° de l'article L. 114-17-1, les mots : « , de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 » sont supprimés ;
- ⑦⑭ 2° À l'article L. 142-3, les mots : « des articles L. 861-5 et L. 863-3 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 861-5. » ;
- ⑦⑮ 3° Au troisième alinéa de l'article L. 160-1, les mots : « couverture complémentaire » sont remplacés par les mots : « protection complémentaire en matière de santé » ;
- ⑦⑯ 4° Le sixième et le septième alinéa de l'article L. 160-3 sont remplacés par les dispositions suivantes :

- ⑦⑦ « Pour les personnes mentionnées aux 1° à 3°, qui relèvent d'un règlement européen ou d'une convention internationale de sécurité sociale, les dispositions du premier alinéa s'appliquent dès lors que ce règlement ou cette convention attribue exclusivement à la France la charge d'assurer leur couverture en cas de maladie. Lorsqu'elles ne relèvent d'aucun de ces règlements ou conventions, les dispositions du premier alinéa s'appliquent sous réserve que la prestation mentionnée au 1° ou au 3° rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années.
- ⑦⑧ « Les enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle et à la charge des personnes mentionnées à l'alinéa précédent bénéficient également de la prise en charge de leurs frais de santé lors de leurs séjours temporaires en France. » ;
- ⑦⑨ 5° À la première phrase de l'article L. 160-15, les mots : « mineurs, pour » sont remplacés par les mots : « mineurs et » et les mots : « ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3 » sont supprimés ;
- ⑧⑩ 6° À la première phrase de l'article L. 162-1-21, les mots : « , L. 861-3 et L. 863-7-1 » sont remplacés par les mots : « et L. 861-3 » ;
- ⑧⑪ 7° Au dernier alinéa de l'article L. 162-9 :
- ⑧⑫ a) Les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 861-1 » ;
- ⑧⑬ b) Les mots : « ou de cette aide » sont supprimés ;
- ⑧⑭ c) Le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » ;
- ⑧⑮ 8° Au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7, les mots : « couverture maladie universelle complémentaire » sont remplacés par les mots : « protection complémentaire en matière de santé » et les mots : « et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 » sont supprimés ;
- ⑧⑯ 9° À l'article L. 162-40, les mots : « et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-2, » sont supprimés ;
- ⑧⑰ 10° Au deuxième alinéa de l'article L. 165-6 : les mots : « et des bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de

santé mentionnés aux articles L. 861-3 et L. 863-2 » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 861-1 » et les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont supprimés ;

- ⑧⑧ 11° À l'article L. 211-1, après les mots : « maladies professionnelles », sont insérés les mots : « et l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé ».
- ⑧⑨ 12° À l'article L. 752-4, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧⑩ « 7° D'attribuer la protection complémentaire en matière de santé aux assurés dont elles gèrent les risques maladie, maternité, décès et invalidité. » ;
- ⑧⑪ 13° À l'article L. 871-1, les mots : « de l'article L. 863-1, » sont supprimés ;
- ⑧⑫ 14° Au II de l'article L. 911-7-1, les mots : « , d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l'article L. 863-1 » sont supprimés.
- ⑧⑬ III. – Au premier alinéa de l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime, après la deuxième phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Elles assurent pour ces personnes l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé. »
- ⑧⑭ IV. – Le titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ⑧⑮ 1° À l'article L. 251-1, les mots : « à l'article L. 861-1 » sont remplacés par les mots : « au 1° de l'article L. 861-1 » ;
- ⑧⑯ 2° Au premier alinéa de l'article L. 252-3, après les mots : « est prononcée » sont insérés les mots : « , pour le compte de l'État », les mots : « représentant de l'État dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au » sont supprimés et les mots : « de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « de l'organisme mentionné aux articles L. 211-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ».
- ⑧⑰ V. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

- ⑨⑧ 1° Au deuxième alinéa de l'article L. 1110-3 et à l'article L. 1511-1, les mots : « ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 » sont remplacés par les mots : « en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 » ;
- ⑨⑨ 2° À la dernière phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6122-15, les mots : « ou de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du même code » sont supprimés.
- ⑩⑩ VI. – À l'article L. 1113-1 du code des transports, après les mots : « fixé en application », sont insérés les mots : « du 1° ».
- ⑩⑪ VII. – À l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre » ;
- ⑩⑫ VIII. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur ainsi qu'il suit :
- ⑩⑬ 1° Les dispositions prévues au *c* du 1° du I, au *c* du 5° du I et au *b* du 9° du I, ainsi qu'au 2° du IV s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2019 ;
- ⑩⑭ 2° Les dispositions prévues au *e* du 5° du I relatives aux bénéficiaires du revenu de solidarité active s'appliquent à compter du 1^{er} avril 2019 ;
- ⑩⑮ 3° Les dispositions prévues au 4° du II s'appliquent à compter du 1^{er} juillet 2019 ;
- ⑩⑯ 4° Les autres dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} novembre 2019 dans le respect des modalités suivantes :
- ⑩⑰ *a*) Les dispositions de l'article L. 861-1, sous réserve des dispositions du 1° du présent VIII, et de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du présent article, ne s'appliquent pas aux décisions d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prises antérieurement au 1^{er} novembre 2019 ;
- ⑩⑱ *b*) Les contrats complémentaires de santé ouvrant droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du même code en cours à la date du 1^{er} novembre 2019 restent éligibles au bénéfice de ce crédit d'impôt jusqu'à l'expiration du droit du bénéficiaire ;
- ⑩⑲ *c*) À la demande de l'assuré bénéficiant du droit à la déduction prévue à l'article L. 863-2 du même code ayant un contrat figurant sur la liste

mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863-6 du même code en cours au 1^{er} novembre 2019, l'organisme complémentaire mentionné au *b* de l'article L. 861-4 du même code ou, le cas échéant, l'organisme de sécurité sociale calcule la durée du droit au crédit d'impôt restant à courir et le montant de la participation mentionnée à l'article L. 861-1 du même code dû pour la période correspondante. Il lui transmet une attestation de reliquat de droits comportant ces informations. Sur la base de cette information, l'assuré peut demander la résiliation de son contrat, sans frais ni pénalités. La résiliation prend 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 protection complémentaire en matière de santé lui est alors ouvert pour la durée du droit restant à courir. Le troisième alinéa de l'article L. 113-15-1 du code des assurances et le dernier alinéa des articles L. 221-10-1 du code de la mutualité et L. 932-21-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux résiliations effectuées en application du présent article.

Exposé des motifs

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont des dispositifs essentiels en matière d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. Malgré diverses réformes ayant permis une amélioration globale de l'accès aux soins de leurs bénéficiaires, le taux de non recours à l'ACS (65 %) et dans une moindre mesure à la CMU-c (entre 24 % et 36%) reste élevé.

Dans le cadre des mesures engagées par le Gouvernement en faveur de la facilitation de l'accès aux droits, l'amélioration du taux de recours à la CMU-c et à l'ACS constitue donc un objectif prioritaire, rappelé par la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes et souligné dans le récent rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité remis au Parlement. C'est pourquoi une mesure ambitieuse de refonte de l'ACS et de modernisation de la CMU-c est proposée.

La CMU-c sera étendue aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS à compter du 1^{er} novembre 2019, moyennant une participation financière. La CMU-c demeurera ainsi gratuite jusqu'aux plafonds de ressources actuels de la CMU-c et sera soumise à participation financière, variable en fonction de l'âge du bénéficiaire, pour les personnes disposant de revenus compris entre les plafonds actuels de la CMU-c et de l'ACS.

Cet élargissement du public éligible à la CMU-c permettra d'assurer à ses nouveaux bénéficiaires la prise en charge complémentaire de la totalité des frais de soins sur un très large panier pour un niveau de prime maîtrisé, limitant ainsi les renoncements aux soins pour raison financière. En cohérence avec la réforme « 100% santé optique, aide auditive, dentaire », elle garantira par exemple l'absence de reste à charge sur ces trois postes de soins.

Cette réforme sera particulièrement favorable aux personnes âgées qui doivent parfois assumer des niveaux de cotisations de complémentaire santé très élevés : elle assurera, pour ceux pour lesquels une participation financière sera requise, l'accès à une couverture complémentaire santé à moins de 1 euro par jour.

La mesure s'inscrira aussi dans un objectif de simplification en gagnant en lisibilité, avec un dispositif unifié visant à favoriser l'accès aux soins des personnes les plus modestes, mais aussi en allégeant les démarches à entreprendre. Les personnes éligibles à l'ACS n'auront plus, lorsqu'ils font leur demande, à faire un choix entre trois niveaux de couverture potentielle. La personne pourra choisir librement le gestionnaire de sa couverture, notamment parmi les organismes d'assurance complémentaire qui se verront remboursés à l'euro l'euro du montant des dépenses constatées au titre de la couverture complémentaire.

En outre, les conditions d'accès seront facilitées pour les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) grâce à l'instauration d'un renouvellement automatique de la CMU-c pour ces publics qui n'auront plus à effectuer chaque année une demande en ce sens. De surcroît, un téléservice de demande de la CMU-c sera mis en place en 2019 pour tous les assurés des régimes obligatoires.

Enfin, le présent article propose de redéfinir le cadre de prise en charge des frais de santé des pensionnés résidant à l'étranger, d'une part, en tenant compte de situations différentes selon que les règles internationales ou européennes s'appliquent ou non et, d'autre part, en étendant cette prise en charge à leurs ayants droit mineurs. Ainsi par souci d'équilibre et tel que le préconise le récent rapport sur la mobilité des Français, lorsque la prise en charge des frais de santé des soins reçus en France par ces personnes n'est pas déjà régie par des accords internationaux ou des règlements européens, l'assurance maladie française prendra en charge ces frais à condition que la pension française de l'assuré rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années d'assurance.

Article 35

- ① I. – L'article 20-11 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « *Art. 20-11.* – Les assurés dont les ressources n'excèdent pas 50 % du montant du plafond fixé à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale applicable dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du même code bénéficient d'une prise en charge intégrale de la participation mentionnée à l'article 20-2 de la présente ordonnance par leur régime d'assurance maladie. »
- ③ II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} mai 2019.

Exposé des motifs

Conformément au plan annoncé par le Gouvernement au printemps 2018 en faveur du département de Mayotte, le présent article vise à mettre en place à compter de 2019 une prise en charge intégrale par l'assurance maladie du ticket modérateur pour les assurés sociaux sous conditions de ressources à Mayotte.

Cette mesure, en garantissant à ces populations la gratuité des soins, permettra de leur faciliter l'accès aux soins de ville et dans les pharmacies. Elle concourra aussi, par la solvabilisation d'une partie de la patientèle des professionnels de santé libéraux, au développement d'une offre de soins de ville, au même titre que les dispositions qui seront mises en œuvre pour renforcer l'attractivité des métiers de la santé dans le territoire.

Article 36

- ① I. – Au titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un chapitre 9 *bis* ainsi rédigé :
- ② « *CHAPITRE 9 BIS*
- ③ « *Dispositions applicables à la prise en charge des assurés en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel*
- ④ « *Art. L. 169-14.* – Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de règles de prise en charge

renforcée des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèce, dérogoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder une année.

- ⑤ « Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa peuvent porter, en fonction de la nature du risque en cause, sur :
- ⑥ « 1° La participation de l'assuré, la participation forfaitaire et la franchise mentionnées respectivement au premier alinéa du I de l'article L. 160-13, au premier alinéa du II et au premier alinéa du III du même article ;
- ⑦ « 2° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 ;
- ⑧ « 3° Les dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;
- ⑨ « 4° Les dépassements de tarifs pour les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et pour les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;
- ⑩ « 5° Certaines conditions dans lesquelles sont limitées à diverses situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations ou produits de santé prévues par les articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-16, L. 165-1 et L. 322-5 ;
- ⑪ « 6° Les conditions mentionnées aux articles L. 313-1 et L. 622-3, en tant qu'elles concernent les indemnités journalières mentionnées aux articles L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8, L. 622-1, L. 622-2, L. 623-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que le capital prévu aux articles L. 361-1 et L. 632-1 du présent code ;
- ⑫ « 7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale, au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime ;
- ⑬ « 8° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code, au premier alinéa de

l'article L. 751-26 et au premier alinéa de l'article L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime pour les accidents de travail.

- ⑭ « 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.
- ⑮ « Le décret mentionné au premier alinéa détermine les prestations et les assurés concernés, ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises en charge applicables. Il fixe, le cas échéant, des modalités d'organisation et de coordination des organismes de sécurité sociale, spécifiques à la procédure de prise en charge. »
- ⑯ II. – L'alinéa suivant est inséré après le septième alinéa de l'article 9 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 :
- ⑰ « - L. 169-14 ; ».
- ⑱ III. – L'article 20-1 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 ainsi modifié :
- ⑲ 1° Le signe « I. – » est inséré au début de l'article ;
- ⑳ 2° Il est créé un II ainsi rédigé :
- ㉑ « II. – Le chapitre 9 *bis* du titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. »

Exposé des motifs

Malgré un haut niveau général de couverture du risque maladie dans notre pays, des dispositifs de prise en charge particuliers doivent ponctuellement être mis en place afin de lever tout frein financier éventuel à l'accès aux soins ou à la prévention via la suppression ou la diminution du reste à charge des assurés dans certaines situations graves et exceptionnelles, lorsque la protection de la santé publique le justifie. Ces situations appellent en effet une prise en charge diversifiée et adaptée aux besoins des victimes. Ces dispositifs particuliers visent à permettre à tous les assurés concernés d'avoir recours, sans frein et le plus rapidement

possible, aux soins ou aux actes de prévention nécessaires à limiter l'impact du risque sur leur santé mais également à protéger le reste de la population d'une propagation de ce risque dans le cadre des épidémies par exemple. Compte tenu des différents risques survenus ces dernières années ayant conduit pour des raisons de santé publique à la prise en urgence de mesures exceptionnelles dérogatoires de prise en charge (épidémie de Zika, de chikunguya, contamination par le coronavirus) la mise en place d'un dispositif législatif et réglementaire sécurisé et transparent permettant de répondre de manière adaptée à des situations graves, imprévues et urgentes apparaît désormais nécessaire.

CHAPITRE II

Renforcer la prévention

Article 37

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 2132-2 :
- ③ a) Au premier alinéa, le mot : « six » est remplacé par le mot : « dix-huit » ;
- ④ b) Au dernier alinéa, le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale » ;
- ⑤ 2° Au 2° de l'article L. 2421-1, après la référence : « L. 2132-3, » sont insérés les mots : « l'article L. 2132-2 dans sa rédaction résultant de la loi n°... du décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, ».
- ⑥ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑦ 1° Au 1° de l'article L. 160-9, les mots : « et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « et de l'article L. 2122-3 du code de la santé publique, ainsi que les frais d'examens de l'enfant réalisés en application de l'article L. 2132-2 du même code jusqu'à la fin de la période mentionnée au première alinéa du présent article » ;
- ⑧ 2° Après le 24° de l'article L. 160-14, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ⑨ « 25° Pour les frais liés aux examens prévus par l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9. » ;
- ⑩ 3° Après l'article L. 162-1-21, il est inséré un article L. 162-1-22 ainsi rédigé :
- ⑪ « *Art. L. 162-1-22.* – Les bénéficiaires de l'assurance maladie bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les frais relatifs aux examens prévus au 25° de l'article L. 160-14. Les professionnels de santé exerçant en ville le mettent en œuvre dans les conditions prévues aux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4. »
- ⑫ III. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} mars 2019.

Exposé des motifs

Dans le cadre de la refonte du carnet de santé de l'enfant intervenue en 2018, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a émis des recommandations dans un avis rendu le 25 mai 2016. Parmi celles-ci, figure une nouvelle grille des âges-clés de consultation pour les nourrissons et les enfants, restant au nombre de vingt, mais redéployés jusqu'à l'âge de 18 ans au lieu de 6 ans actuellement.

Le HCSP propose ainsi de renforcer le suivi de la santé, d'une part, au cours de la première année, en prévoyant un examen lors de la deuxième semaine et un examen à 11 mois, notamment pour prendre en compte les sorties précoces de maternité et l'extension de l'obligation vaccinale ; d'autre part, après l'âge de 6 ans, en prévoyant que trois des vingt consultations actuellement réalisées avant l'âge de 6 ans le soient après cet âge. Le calendrier retenu prévoit ainsi une consultation entre 8 et 9 ans, une autre entre 11 et 13 ans et une dernière entre 15 et 16 ans. Ces trois dernières consultations seront réalisées par le médecin de l'enfant (à noter que dans le milieu scolaire, ces consultations peuvent être réalisées par les médecins de l'éducation nationale, les infirmiers de l'éducation nationale réalisant des visites de dépistage en outre lors de la douzième année).

Cet avis s'appuie 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, ainsi que de l'Union nationale des associations familiales.

Cette nouvelle grille tient compte de la possibilité pour certains examens d’être réalisés dans le cadre scolaire.

Le présent article modifie en conséquence les dispositions du code de la santé publique afin de relever de 6 à 18 ans l’âge en-dessous duquel les enfants bénéficient de ces examens de prévention et d’assurer la couverture de ces dépenses par l’assurance maladie, hormis le ou les examens réalisés durant les 12 premiers jours de l’enfant, qui relèvent de l’assurance maternité. Afin de maintenir la prise en charge à 100% des frais liés à ces examens, qu’ils relèvent d’un financement par l’assurance maternité (pour laquelle le remboursement est aujourd’hui intégral) ou par l’assurance maladie, l’article ajoute ces examens à la liste des soins pouvant donner lieu à une exonération de ticket modérateur. Il prévoit enfin le bénéfice de la dispense d’avance de frais pour ces examens.

Article 38

- ① I. – Au premier alinéa de l’article L. 137-27 du code de la sécurité sociale, les mots : « à un fonds, créé au sein de la Caisse nationale de l’assurance maladie et destiné au financement de la prévention et de la lutte contre le tabagisme » sont remplacés par les mots : « au fonds mentionné à l’article L. 221-1-4 ».
- ② II. – Le chapitre 1^{er} du titre 2 du livre 2 du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 221-1-4 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 221-1-4.* – I. – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l’assurance maladie, un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives.
- ④ « II. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements attribués par le fonds ainsi que les montants et la destination des sommes qui leur sont versées en application du présent article.
- ⑤ « III. – Les modalités d’application du présent article sont précisées par décret. »

Exposé des motifs

La consommation de substances psychoactives, souvent multiple pour un même individu, est responsable en France de plus de 120 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 60 000 par cancers.

Les consommations de tabac et d'alcool interviennent ainsi dans environ 30 % des cas de mortalité prématurée, c'est-à-dire des décès survenus avant l'âge de 65 ans.

Il est nécessaire de lutter de façon cohérente contre ces usages en déployant une stratégie qui intègre aussi bien les différents produits concernés (en particulier tabac, alcool, cannabis) que les diverses modalités d'intervention : information ; communication ; intervention précoce ; réduction des risques et des dommages ; renforcement des compétences psychosociales.

Les facteurs de risque étant généralement multiplicatifs, il est nécessaire de favoriser une stratégie globale en matière de politique de santé visant l'ensemble des usages nocifs et des comportements addictifs liés à ces substances.

La présente mesure vise donc à remplacer le fonds actuel de lutte contre le tabac par un fonds dédié plus largement à la lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives. Elle témoigne de la volonté du gouvernement de renforcer la politique de prévention.

Le fonds sera doté de la contribution spécifique sur les fournisseurs agréés de produits du tabac. Il se verra également doté d'un montant correspondant au produit des amendes forfaitaires sanctionnant la consommation de cannabis.

Ce nouveau fonds contribuera notamment au renforcement des consultations jeunes consommateurs annoncé dans le plan Priorité prévention, présenté le 26 mars 2018 en comité interministériel pour la santé.

Article 39

- ① I. – Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, après les mots : « pour l'exercice des actes de biologie médicale, », sont insérés les mots : « ni aux pharmaciens qui effectuent des vaccinations, ».
- ② II. – L'article L. 5125-1-1 A du même code est ainsi modifié :
- ③ 1° Après le 8°, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

- ④ « 9° Peuvent effectuer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. » ;
- ⑤ 2° Au dernier alinéa, les mots : « et 8° » sont remplacés par les mots : « , 8° et 9° ».
- ⑥ III. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
 - ⑦ 1° Les mots : « 11° Des mesures » sont remplacés par les mots : « 12° Des mesures » ;
 - ⑧ 2° Après le quatorzième alinéa, il est ajouté un 13° ainsi rédigé :
 - ⑨ « 13° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien effectue, en application de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des vaccinations dont la liste et les conditions sont fixées par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. » ;
 - ⑩ 3° Au dix-neuvième alinéa devenu vingtième et au vingtième alinéa devenu vingt-et-unième, après les mots : « aux 6° à 8° », sont insérés les mots : « et au 13° ».
- ⑪ IV. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} mars 2019. Les expérimentations conduites en application de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 prennent fin à la même date.

Exposé des motifs

L'expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens, mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, a été conduite dans deux régions (Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine) pour la campagne vaccinale 2017-2018. Le bilan de la campagne pour la saison 2017-2018 montre que près de 160 000 personnes ont été vaccinées dans les deux régions, majoritairement des personnes âgées de 65 ans et plus. Le nombre de pharmacies participantes dans les deux régions est de 2 696 (57 % des pharmacies inscrites dans les deux régions).

Le présent article prévoit une généralisation de la vaccination antigrippale par le pharmacien, en cohérence avec le Plan Priorité

Prévention et les annonces du Premier ministre lors du Comité interministériel de la santé du 26 mars dernier.

Cette généralisation sera effective pour la campagne de vaccination antigrippale organisée d'octobre 2019 à janvier 2020.

Avant cette date, l'expérimentation sera étendue à deux nouvelles régions pour la prochaine campagne de vaccination d'octobre 2018 à janvier 2019.

CHAPITRE III

Améliorer les prises en charge

Article 40

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au sein du titre III du livre I^{er} de la deuxième partie, il est ajouté un chapitre V ainsi rédigé :
- ③ « CHAPITRE V
- ④ **« Parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement**
- ⑤ « Art. L. 2135-1. – Pour l'accompagnement des enfants présentant un trouble du neuro-développement et la réalisation d'un diagnostic, un parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie.
- ⑥ « Le parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou les établissements mentionnés à l'article L. 3221-1 du présent code.
- ⑦ « Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues peuvent conclure avec les structures désignées à l'alinéa précédent un contrat, conforme au contrat type défini par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du handicap. Ce contrat prévoit notamment, pour chaque catégorie de

professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant. Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat prévoit également les modalités selon lesquelles la structure désignée rémunère les prestations réalisées dans le cadre du parcours.

- ⑧ « La prise en charge du parcours est soumise à prescription médicale.
- ⑨ « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article. » ;
- ⑩ 2° L'article L. 2112-8 est complété par les dispositions suivantes :
« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les régimes d'assurance maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours mentionné à l'article L. 2135-1. »
- ⑪ II. – Au sein du chapitre 4 du titre 7 du livre 1 du code de la sécurité sociale, il est rétabli une section 10 ainsi rédigée :
 - ⑫ « *Section 10*
 - ⑬ « ***Dépenses relatives aux parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement***
 - ⑭ « *Art. L. 174-17.* – Les structures désignées en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique perçoivent une dotation pour financer le parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement, versée par la caisse mentionnée au premier alinéa de l'article L. 174-8 ou au premier alinéa de l'article L. 174-2. »
 - ⑮ III. – Les dispositions du présent article sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.
 - ⑯ IV. – À l'article 9 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, il est ajouté, après la référence : « L. 174-4 », les mots : « et L. 174-17 ».

Exposé des motifs

Dans le cadre de la stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022, le gouvernement a fixé comme objectif la mise en place d'un parcours de bilans et soins précoces des jeunes enfants, en amont du diagnostic, afin de prendre en charge de façon

précoce les enfants atteints de troubles du neuro-développement et ainsi répondre aux problèmes d'errance diagnostique et de sur-handicap.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles insistent fortement sur l'importance de mettre en œuvre des interventions précoces, dès suspicion d'un trouble du neuro-développement. L'organisation actuelle du parcours, du repérage au diagnostic, ne permet pas ces interventions à moins d'avoir une assise financière personnelle suffisante pour recourir à des professions libérales non conventionnées.

Il s'agit de garantir par cette disposition l'accès aux bilans et interventions précoces, effectués par les psychologues, ergothérapeutes et psychomotriciens qui doivent être réalisés dans le cadre d'un parcours coordonné conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles sans attendre une confirmation de diagnostic.

La nécessité d'intervenir le plus précocement possible implique que les interventions soient déployées dès les premiers constats des difficultés neuro-développementales. Il serait préjudiciable d'attendre l'établissement d'un diagnostic formel de trouble du spectre autistique (TSA) ou d'un autre trouble, fonctionnel et éventuellement étiologique, pour organiser un plan d'intervention précoce. Dans ce contexte, l'organisation d'un parcours de soins précoces efficace pour les TSA concerne l'ensemble des enfants ayant un trouble du neuro-développement.

Cette mesure s'inscrit dans une action plus large visant à généraliser, organiser le repérage et structurer un parcours fluide et sécurisé.

Elle vise à définir le contenu de la prestation prise en charge par l'assurance maladie, les modalités de sa mise en œuvre et les conditions de son financement.

Article 41

- ① Le VII de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, l'année : « 2023 » est remplacée par l'année : « 2021 » ;
- ③ 2° Au quatrième alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « tiers », le mot : « quart » est remplacé par le mot : « demi », les

mots : « un tiers » sont remplacés par les mots : « et un » et les mots : « un demi en 2022 et un en 2023 » sont supprimés.

Exposé des motifs

Dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit une période transitoire de convergence vers le forfait « soins » cible d'une durée de sept ans (2017-2023).

L'objet de la mesure est de réduire le délai de convergence tarifaire de sept à cinq ans afin de permettre aux EHPAD présentant un niveau de financement inférieur à celui du tarif soins cible de bénéficier plus rapidement de moyens complémentaires pour renforcer les équipes soignantes auprès des résidents afin d'améliorer la qualité des soins et des accompagnements.

Cette disposition s'inscrit dans la mise en œuvre de la feuille de route « Grand âge et autonomie » présentée le 30 mai 2018 par la ministre des solidarités et de la santé.

CHAPITRE IV

Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé

Article 42

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 1° de l'article L. 133-4, après les mots : « des articles », sont insérés les mots : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, » et les mots : « et L. 162-23-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-23-1 et L. 165-1-4 » ;
- ③ 2° À l'article L. 162-4 :
- ④ a) Au 1°, après les mots : « indications thérapeutiques », sont insérés les mots : « ou des conditions » ;
- ⑤ b) Le 2° est complété par les mots : « , ou des conditions figurant sur cette même liste » ;

- ⑥ 3° Au quatrième alinéa de l'article L. 162-16-5, le mot : « Tant » est remplacé par les mots : « Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, tant » ;
- ⑦ 4° À l'article L. 162-16-5-1 :
- ⑧ a) Le I est ainsi modifié :
- ⑨ - après les mots : « du code de la santé publique », sont insérés les mots : « prises en charge selon les modalités fixées par l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, » ;
- ⑩ - après les mots : « qu'il réclame », sont insérés les mots : « , le cas échéant, » ;
- ⑪ - après les mots : « pour le produit », sont insérés les mots : « dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 du présent code ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications » ;
- ⑫ b) Au II, après les mots : « autorisation temporaire d'utilisation », sont insérés les mots : « selon les modalités fixées par l'article L. 162-16-5-1-1 » ;
- ⑬ c) Le IV est complété par les dispositions suivantes :
- ⑭ « Le III du présent article et le présent IV sont applicables aux indications ne faisant pas l'objet de la fixation d'une compensation mentionnée au V du présent article. » ;
- ⑮ d) Après le IV, sont insérées les dispositions suivantes :
- ⑯ « V. – Lorsque qu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications, et qu'une prise en charge de cette spécialité est autorisée en application du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée. La compensation ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2.

- ⑰ « Les ministres fixent également une compensation lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet d'une prise en charge en application du II de l'article L. 165-16-5-2.
- ⑱ « Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au présent V, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre la période et pour l'indication considérées, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.
- ⑲ « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent V, notamment les conditions de prise en charge. » ;
- ⑳ e) Au V qui devient le VI :
- ㉑ - après chaque occurrence des mots : « du II », sont insérés les mots : « ou du V » ;
- ㉒ - après les mots : « prises en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation », sont insérés les mots : « dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 » ;
- ㉓ - après les mots : « au II », sont insérés les mots : « ou au V » ;
- ㉔ f) Au VI qui devient le VII :
- ㉕ - après les mots : « prise en charge », sont insérés les mots : « accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 » ;
- ㉖ - après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « , octroyée sous les conditions du 1° du I de ce même article ou sous les conditions du 2° du I, » ;
- ㉗ 5° Après l'article L. 162-16-5-1, il est inséré un article L. 162-16-5-1-1 ainsi rédigé :

- ②⑧ « Art L. 162-16-5-1-1. – I. – Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d’une autorisation temporaire d’utilisation mentionnée à l’article L. 5121-12 du code de la santé publique, font l’objet d’une prise en charge par l’assurance maladie, dans certains établissements de santé mentionnés à l’article L. 162-22-6 ou dans certains établissements de santé disposant d’une pharmacie à usage intérieur.
- ②⑨ « Les autorisations temporaires d’utilisation délivrées au titre du 2° du I de l’article L. 5121-12 du code de la santé publique, ne peuvent faire l’objet d’une prise en charge qu’avant la délivrance d’une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament considéré, ainsi que dans les cadre de la continuité de traitement mentionné à l’article L. 162-16-5-2.
- ③⑩ « En cas de prise en charge d’une indication au titre du présent article ou de l’article L. 162-16-5-2, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d’une autorisation de mise sur le marché.
- ③⑪ « II. – Les modalités d’application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d’une autorisation temporaire d’utilisation, sont définies par décret en Conseil d’État. » ;
- ③⑫ 6° À l’article L. 162-16-5-2 :
- ③⑬ a) Au I :
- ③⑭ - les mots : « , préalablement à l’obtention de sa première autorisation de mise sur le marché, » sont supprimés ;
- ③⑮ - après la première occurrence des mots : « santé publique », sont insérés les mots : « et qui a fait l’objet d’une prise en charge en application de l’article L. 162-16-5-1-1 du présent code, » ;
- ③⑯ - les mots : « une indication répondant à l’une des situations suivantes : » sont remplacés par les mots : « l’indication ayant fait l’objet de l’autorisation temporaire d’utilisation dès lors que cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour ce médicament. » ;
- ③⑰ - le 1° et le 2° sont abrogés ;
- ③⑱ - le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

- ③⑨ « Par dérogation au premier alinéa, la poursuite de la prise en charge d'un traitement, pour un patient donné, initié dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du I de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique. » ;
- ④⑩ *b) Le II est remplacé par les dispositions suivantes :*
- ④⑪ « II. – Certaines spécialités pharmaceutiques n'ayant pas fait l'objet, pour une indication particulière, d'une autorisation temporaire d'utilisation mais disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication, peuvent être prises en charge temporairement par l'assurance maladie, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;
- ④⑫ *c) Au III :*
- ④⑬ - après les mots : « mentionnée au I », sont insérés les mots : « et au II » ;
- ④⑭ - au 1° du A, après les mots : « à l'inscription », sont insérés les mots : « ou au refus d'inscription » ;
- ④⑮ - au 3° du A, les mots : « marché ou » sont remplacés par les mots : « marché pour les indications relevant du présent I, ou aucune demande d'inscription n'est déposée concomitamment à la demande de prise pour les indications relevant du présent II, ou, pour les indications relevant du présent I ou du présent II, » ;
- ④⑯ - il est ajouté un D ainsi rédigé :
- ④⑰ « D. – Le présent III est notamment applicable aux spécialités disposant ou ayant disposé d'une autorisation temporaire d'utilisation au titre du 1° ou au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et d'une prise en charge à ce titre. » ;
- ④⑱ *d) Le IV est remplacé par les dispositions suivantes :*

- ④⑨ « IV. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 est applicable aux prises en charge au titre du présent article. » ;
- ⑤⑩ 7° Au premier alinéa de l'article L. 162-16-5-3, après la première occurrence des mots : « charge au titre de » sont insérés les mots : « l'article L. 162-16-5-1-1 ou de » et après les mots : « dispositions de » sont insérés les mots : « l'article L. 162-16-5-1-1 ou de » ;
- ⑤⑪ 8° Après l'article L. 162-16-5-3, il est inséré un article L. 162-16-5-4 ainsi rédigé :
- ⑤⑫ « *Art L. 162-16-5-4. – I. –* La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :
- ⑤⑬ « a) Pendant la durée de la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 ;
- ⑤⑭ « b) et pendant une durée d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.
- ⑤⑮ « Ces dispositions ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an est ramené à 45 jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'article L. 162-17 du présent code et au titre de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.
- ⑤⑯ « Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, les conditions de prise en charge le cas échéant fixées par le Comité économique des produits de santé s'appliquent. Lorsque l'inscription est prononcée uniquement sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, le laboratoire permet l'achat de son produit pour les continuités de traitement à un tarif qui n'excède pas, le cas échéant après l'application de remises, le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-1.
- ⑤⑰ « II. – En cas de manquement aux dispositions du présent I, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l'encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues à l'article

L. 162-17-4, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Le montant de cette pénalité peut être porté jusqu'à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. » ;

⑤⑧ 9° Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'inscription peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge. » ;

⑤⑨ 10° Après l'article L. 162-17-1-1, il est inséré un article L. 162-17-1-2 ainsi rédigé :

⑥⑩ « Art. L. 162-17-1-2. – La prise en charge des produits de santé et prestations éventuellement associées au titre de l'une des listes mentionnées au premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-17-2-1, à l'article L. 162-22-7, à l'article L. 162-23-6, à l'article L. 165-1 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou au titre de l'article L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 ou L. 165-1-4 du présent code peut être subordonnée au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est prescrit et aux résultats ou effets de ces traitements. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les produits de santé et les informations concernés par ces dispositions.

⑥⑪ « Ces informations sont transmises aux systèmes d'information prévus à l'article L. 161-28-1 du présent code et à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. Elles peuvent être transmises au service du contrôle médical dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

⑥⑫ « Le non-respect de ces obligations peut donner lieu à une procédure de recouvrement d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 133-4. » ;

⑥⑬ 11° À l'article L. 162-17-2-1, les mots : « après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » à chacune de leurs occurrences sont supprimés ;

⑥⑭ 12° Après l'article L. 162-17-2-1, il est inséré un article L. 162-17-2-2 ainsi rédigé :

- ⑥⑤ « *Art. L. 162-17-2-2.*– Les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments homéopathiques titulaires de l'enregistrement prévu à l'article L. 5121-13 du code de la santé publique, ou de tout ou partie d'entre eux, sont définies par décret en Conseil d'État.
- ⑥⑥ « Ce décret précise notamment la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments, ou de tout ou partie d'entre eux, par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, ainsi que les conditions dans lesquelles ces médicaments homéopathiques, ou tout ou partie d'entre eux, peuvent, le cas échéant, être admis ou exclus de la prise en charge par l'assurance maladie. » ;
- ⑥⑦ 13° Le neuvième alinéa de l'article L. 162-17-4 est complété par les mots : « , L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18. » ;
- ⑥⑧ 14° À l'article L. 162-18 :
- ⑥⑨ a) Au début du premier alinéa, il est inséré un « I » ;
- ⑦⑩ b) Après le quatrième alinéa, sont insérées les dispositions suivantes :
- ⑦⑪ « II. – Pour les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4 du présent code, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du quatrième alinéa de l'article L. 162-18.
- ⑦⑫ « Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier. » ;
- ⑦⑬ c) Au début du cinquième alinéa, il est inséré un « III » ;
- ⑦⑭ d) Au début du sixième alinéa, il est inséré un « IV » ;

- ⑦⑤ e) Au septième alinéa, les mots : « premier alinéa » et « des trois prochaines années » sont respectivement remplacés par les mots : « I et au II » et « de la prochaine année » ;
- ⑦⑥ f) Au huitième alinéa, les mots : « sixième » et « article » sont respectivement remplacés par les mots : « deuxième » et « IV » ;
- ⑦⑦ g) Au neuvième alinéa, après le mot : « convention » sont insérés les mots : « ou de décision » ;
- ⑦⑧ 15° À l'article L. 162-22-7-3, après les mots : « Les médicaments », sont insérés les mots : « qui bénéficient d'un dispositif de prise en charge », les mots : « L. 5121-12 du code la santé publique » sont remplacés par les mots : « L. 162-16-5-1-1 » et après le mot : « L. 162-22-6 » sont insérés les mots : « , dans les conditions fixées par les articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 » ;
- ⑦⑨ 16° Après l'article L. 165-1-3, il est inséré un article L. 165-1-4 ainsi rédigé :
- ⑧⑩ « *Art. L. 165-1-4. – I. – Certains produits et prestations pour lesquels, pour une indication particulière, une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 est demandée et est en cours d'instruction, peuvent faire l'objet d'une prise en charge temporaire par l'assurance maladie, décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 161-37 et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'État. Ce décret fixe également les situations dans lesquelles il peut être mis fin à la prise en charge temporaire. Seuls certains établissements de santé peuvent distribuer ce produit ou cette prestation en vue de sa prise en charge. Cette prise en charge peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à modifier les conditions de délivrance des produits concernés au titre leur éventuelle prise en charge au titre de l'article L. 165-1.*
- ⑧⑪ « Les ministres fixent la compensation accordée à l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application du présent I.
- ⑧⑫ « II. – Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au I du présent article, l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le

chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en proratisant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

- ⑧③ « III. – Lorsqu'un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du III est inscrit au remboursement au titre de l'article L. 165-1 et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du produit ou de la prestation au sens de l'article L. 165-4 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre du présent I, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du II, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée.
- ⑧④ « IV. – Les dispositions de l'article L. 162-16-5-4 sont applicables aux produits et prestations faisant l'objet de la prise en charge mentionnée au I du présent article. » ;
- ⑧⑤ 17° À l'article L. 165-4 :
- ⑧⑥ a) Après le III, il est inséré un IV ainsi rédigé :
- ⑧⑦ « IV. – Les conventions conclues au titre des produits ou prestations bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-4 n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour la prochaine année.
- ⑧⑧ « Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque produit. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au premier

alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre la prochaine année, du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2.

- ⑧⑨ « Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du présent IV.
- ⑨⑩ « À défaut de convention prévoyant des remises, le tarif de responsabilité tient lieu de prix net de référence. » ;
- ⑨⑪ *b)* Au début du dernier alinéa, il est inséré un « V ».
- ⑨⑫ II. – À l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, après les mots : « de certains médicaments » sont insérés les mots : « , dans des indications thérapeutiques précises, ».
- ⑨⑬ III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} mars 2019 à l'exception du 10^o et du 12^o du I.
- ⑨⑭ IV. – 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, intervenant au plus tard le 1er juin 2019, la répartition des volumes de vente selon les indications nécessaires à l'application de l'article L. 162-16-5-1 du même code est calculée au prorata des estimations des populations cibles respectives réalisées par le Comité économique des produits de santé.

Exposé des motifs

Le système d'accès précoce aux médicaments les plus innovants est en France parmi les plus anciens et les plus ouverts d'Europe. Il permet aux patients de disposer de nouveaux médicaments efficaces avant même leur autorisation de mise sur le marché, notamment en l'absence d'alternative thérapeutique dans une maladie grave.

La transformation de l'innovation intervenue ces dernières années sur le marché des médicaments, avec des produits – comme certaines immunothérapies – disposant au fil du temps et des résultats des études cliniques de plus en plus d'indications thérapeutiques, nécessite de faire évoluer ce système d'accès précoce pour l'adapter à ces nouvelles réalités.

Cette réforme traduit concrètement des évolutions que le Gouvernement a annoncées lors du dernier Conseil stratégique des industries de santé en juillet 2018.

Ainsi l'article prévoit d'étendre le dispositif des autorisations temporaires d'utilisation aux extensions d'indications thérapeutiques de certains médicaments, avant même leur autorisation de mise sur le marché dans cette indication (alors qu'il était jusqu'à présent réservé aux premières indications du médicament).

L'article prévoit également que les ministres puissent autoriser l'accès précoce d'un produit qui n'aurait pas reçu une autorisation temporaire d'utilisation avant l'octroi de son autorisation de mise sur le marché, mais qui remplirait néanmoins toutes les conditions pour un accès précoce (produit de santé indiqué dans une maladie grave ou rare, sans alternative thérapeutique, et dont l'efficacité et la sécurité d'emploi sont démontrées).

L'élargissement du système d'accès précoce conduit à faire évoluer les conditions de fixation de prix de ces médicaments, pendant la phase temporaire d'accès : pour éviter les difficultés actuellement observées, les ministres fixeront un prix temporaire durant cette phase d'accès précoce – à partir des règles générales de fixation des prix et lorsque cela sera pertinent des références conventionnelles existantes. Le principe actuellement en vigueur demeurera toutefois et le prix net finalement négocié avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) sera appliqué rétroactivement sur la période d'accès précoce.

La réforme de l'accès précoce, et le dynamisme récent des dépenses de produits de santé, supérieur à celui observé les années précédentes, conduit également à prévoir de nouvelles modalités de négociation de la prise en charge des produits de santé, mais également de leur suivi pour s'assurer de leur bon usage en situation réelle d'utilisation.

Tout d'abord, l'essor des produits d'immunothérapie et l'utilisation de médicaments en association, qui ouvrent des espoirs importants pour mieux traiter certaines maladies complexes et évolutives, doivent conduire à revoir les mécanismes et outils de négociation du CEPS pour lui permettre de mieux garantir la soutenabilité de notre système de prise en charge. L'article étend aux médicaments utilisés en association un dispositif de fixation des remises par décision du CEPS qui est actuellement en vigueur pour les dispositifs médicaux, afin de faciliter la recherche d'un accord conventionnel avec toutes les parties. Ce dispositif ne s'appliquera que si une solution conventionnelle n'est pas trouvée avec l'ensemble des parties et il respectera les règles de fixation des prix, le cas échéant dans le cadre défini par l'accord cadre.

L'article permet en outre de clarifier le cadre d'évaluation par la Haute Autorité de santé (HAS) de la prise en charge des médicaments homéopathiques par l'assurance maladie. En effet, la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé a été saisie pour se prononcer sur le bienfondé de la prise en charge des médicaments homéopathiques au regard des données existantes, concernant notamment l'efficacité, les effets indésirables et la place dans la stratégie thérapeutique de ces produits. Étant donné que certains de ces médicaments sont actuellement pris en charge selon une procédure de droit commun, il convient de prévoir que la commission de la transparence puisse rendre un avis global sur le bienfondé de cette prise en charge, dans les conditions usuelles d'évaluation des médicaments.

L'article crée enfin un cadre selon lequel les données en vie réelle de certains produits de santé pourront être collectées. Suite aux travaux menés par Dominique Polton, Bernard Bégaud et Franck von Lennep en 2017, il s'agit de mieux organiser le recours à ces données et rattraper le retard français. Ces données représentent une source particulièrement riche pour mieux connaître les conditions réelles d'usage de ces produits, de repérer des situations non conformes aux recommandations ou encore de compléter – sans toutefois les remplacer – les données issues des études cliniques. Les informations issues de ces données auront un impact direct sur les dépenses d'assurance maladie, en permettant d'identifier et de favoriser les pratiques de prescription les plus efficaces ou en identifiant certaines pratiques non pertinentes.

Article 43

- ① I. – La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° Le 5° de l'article L. 5121-1 est complété par les dispositions suivantes :
- ③ « c) Spécialité hybride d'une spécialité de référence, une spécialité qui ne répond pas à la définition d'une spécialité générique parce qu'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, ou lorsque la bioéquivalence par rapport à cette spécialité de référence n'a pu être démontrée par des études de biodisponibilité. L'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité

hybride repose au moins pour partie sur les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés déterminés en fonction de ces différences ;

- ④ « d) Groupe hybride, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides ; »
- ⑤ 2° À l'article L. 5121-10 :
- ⑥ a) Au premier et deuxième alinéas, après les mots : « spécialité générique » sont insérés les mots : « ou hybride » ;
- ⑦ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Pour les spécialités hybrides, il est créé un registre des groupes hybrides comportant les groupes dans lesquels sont regroupés une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides. Sont fixées par décret en Conseil d'État les conditions d'élaboration de ce registre, et notamment les modalités d'inscription des spécialités dans les groupes hybrides correspondants ou de radiation des spécialités de ces groupes par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des classes de médicaments pouvant faire l'objet de groupes inscrits sur ce registre. » ;
- ⑨ 3° À l'article L. 5125-23 :
- ⑩ a) Au début du premier et du deuxième alinéas, il est respectivement inséré un « I » et un « II » ;
- ⑪ b) Au deuxième alinéa, après les mots : « groupe générique » sont insérés les mots : « ou hybride » ;
- ⑫ c) Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑬ « Par dérogation aux dispositions du I, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique ou du même groupe hybride, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé précise les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée, notamment sur l'ordonnance, ainsi que le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le prescripteur. Pour les spécialités figurant sur l'une des listes mentionnées aux premier et

deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.

- ⑭ « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les situations médicales dans lesquelles la substitution peut être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe hybride. » ;
- ⑮ d) Au début du quatrième alinéa, il est inséré un « III » et après les mots : « du même groupe générique » sont insérés les mots : « ou du même groupe hybride » ;
- ⑯ e) Au début du dernier alinéa, il est inséré un « IV » ;
- ⑰ 4° À l'article L. 5125-23-2, les mots : « ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif » sont supprimés ;
- ⑱ 5° L'article L. 5125-23-4 est abrogé.
- ⑲ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑳ 1° À l'article L. 162-16 :
- ㉑ a) Au début du premier et du deuxième alinéas, il est inséré respectivement un « I » et un « II » ;
- ㉒ b) Au troisième alinéa, les mots : « cinquième alinéa » sont remplacés par la référence : « III » ;
- ㉓ c) Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉔ « III. – La base de remboursement des frais exposés par l'assuré de la spécialité délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application des dispositions du 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné, lorsque le pharmacien délivre une spécialité :
- ㉕ « a) Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique,

- ②⑥ « b) Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride.
- ②⑦ « Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le plus économique pour l'assurance maladie.
- ②⑧ « Le pharmacien propose au patient, le cas échéant 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 générique ou hybride concerné.
- ②⑨ « Pour l'application du présent III, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées au premier et au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 sont prises en compte.
- ③① « IV. – Les dispositions du présent III, à l'exception de son avant-dernier alinéa, ne sont pas applicables lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément aux dispositions du deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, ou lorsque la délivrance par substitution d'une spécialité hybride n'est pas admise en application du dernier alinéa du II du même article L. 5125-23. » ;
- ③② d) Au début du cinquième alinéa, il est inséré un « V » et les mots : « du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 », « ou de l'article L. 5125-23-4 », « de la spécialité générique ou » sont supprimés ;
- ③③ e) Au début du sixième alinéa, il est inséré un « VI », les mots : « cinquième et sixième alinéas » à chacune de leurs occurrences sont remplacés par les mots : « III et V » et les mots : « sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget » sont remplacés par les mots : « sécurité sociale et de la santé » ;
- ③④ f) Au début du huitième alinéa, il est inséré un « VII » ;
- ③⑤ 2° À l'article L. 162-16-7 :
- ③⑥ a) Au troisième alinéa, les mots : « y compris » sont remplacés par le mot : « dans » ;
- ③⑦ b) Le dernier alinéa est supprimé ;
- ③⑧ 3° Après l'article L. 162-22-7-3, il est créé un article L. 162-22-7-4 ainsi rédigé :

- ③⑧ « Art. L. 162-22-7-4. – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 peuvent bénéficier d'une dotation du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique 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.
- ③⑨ « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité des prescriptions et précise, pour chaque indicateur, les modalités de calcul du montant de la dotation par établissement. »
- ④⑩ III. – Les modalités de détermination de la dotation mentionnées à l'article L. 162-22-7-4 du code de la sécurité sociale peuvent se fonder sur l'analyse des prescriptions effectuées à compter du 1^{er} janvier 2018.
- ④⑪ IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019, à l'exception du 1° du II et des dispositions relatives aux médicaments hybrides qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Exposé des motifs

Malgré de nombreuses actions visant à promouvoir la prescription et délivrance des médicaments génériques, comme les campagnes d'information, l'incitation des pharmaciens à la substitution, le mécanisme du « tiers payant contre générique », le recours aux médicaments génériques en France est encore relativement limité. Il est de l'ordre de 36 % en volume en 2016 en France, et reste donc très inférieur à celui constaté dans d'autres pays européens comme l'Allemagne et le Royaume-Uni, où il dépasse les 80 %.

Le développement des médicaments génériques constitue pourtant un enjeu essentiel pour notre système de santé. Développer plusieurs sources d'approvisionnement d'un même principe actif permet de renforcer la sécurité d'approvisionnement de toutes les pharmacies. La concurrence qui se crée entre les laboratoires pharmaceutiques conduit en outre à d'importants gains d'efficacité pour le système de santé, sans remettre en cause la qualité des traitements puisque les médicaments princeps et leurs génériques ont les mêmes effets thérapeutiques. En utilisant les nouvelles marges de manœuvre ainsi trouvées, le développement des médicaments génériques constitue donc une opportunité importante pour que tous les patients puissent continuer à disposer rapidement et largement l'innovation thérapeutique.

Parmi les freins identifiés permettant d'assurer un niveau élevé de substitution du princeps par le générique, on peut constater un niveau élevé – et en augmentation – du recours à la mention « non substituable » sur près de 9 % des ordonnances, sans que cela corresponde à une nécessité médicale.

Le présent article vise donc à encourager la substitution par le pharmacien en faisant reposer la justification d'une mention « non-substituable » sur des critères médicaux objectifs, définis en lien avec l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Pour faciliter cette information par le prescripteur, l'obligation de la mention manuscrite est supprimée.

Par ailleurs, dans un contexte où les prix des médicaments sont de plus en plus élevés, et où la France souhaite pouvoir disposer le plus rapidement possible des meilleures innovations, il n'y a pas de justification pour l'assurance maladie à rembourser plus cher un soin qui n'apporte aucun bénéfice supplémentaire. En conséquence, le remboursement d'un assuré qui ne souhaiterait pas, sans justification médicale, la substitution que doit proposer le pharmacien se fera sur la base du prix du générique. Il s'agit ainsi de reconnaître un même niveau de prise en charge pour des soins de même qualité. Les mesures d'application permettront toutefois d'envisager les cas – rares – où les médicaments génériques se trouvent en situation avérées de rupture de stock, pour éviter dans ce cas de laisser un reste à charge non justifié au patient.

Le présent article vise également à permettre aux médicaments hybrides de bénéficier de la substitution, quand les situations le permettent, par le pharmacien. Ces médicaments hybrides sont très proches des médicaments génériques, mais ils doivent fournir des études supplémentaires pour montrer leur équivalence thérapeutique. Un médicament peut ainsi être qualifié d'hybride lorsqu'il est disponible dans un nouveau dosage, utile pour les patients, mais pas disponible pour le médicament princeps. Le nouveau registre des médicaments hybrides sera mis en place progressivement, à compter de 2020. Pour les médicaments hybrides inhalés, un travail spécifique sera mené sur les dispositifs médicaux liés à ces médicaments.

Enfin, cet article introduit la possibilité, pour les ministres, d'inciter directement et rapidement les établissements de santé à une prescription efficiente de certains produits de santé. En particulier, cette incitation pourra servir à favoriser le recours aux médicaments biosimilaires pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville.

TITRE III

MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS

Article 44

- ① Au titre de 2019 et 2020, par dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, le montant des prestations et plafonds de ressources relevant de cet article sont revalorisés de 0,3 %.
- ② Toutefois, ne sont pas concernés par cette dérogation :
- ③ 1° L'allocation de veuvage mentionnée à l'article L. 356-2 du même code ;
- ④ 2° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 du même code et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations ;
- ⑤ 3° L'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 du même code, ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de cette allocation ;
- ⑥ 4° Le plafond de ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévu à l'article L. 861-1 du même code ;
- ⑦ 5° Le revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants mentionnée à l'article L. 117-3 du même code ;
- ⑧ 6° Les allocations mentionnées au 2° de l'article L. 5421-2 du code du travail et l'allocation temporaire d'attente mentionnée à l'article L. 5423-8 du même code ;
- ⑨ 7° L'allocation pour demandeur d'asile mentionnée à l'article L. 744-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- ⑩ 8° L'allocation spéciale pour les personnes âgées mentionnée à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la

protection sanitaire et sociale à Mayotte, ainsi que le plafond de ressources prévu pour le service de cette allocation ;

- ⑪ 9° L'allocation de solidarité aux personnes âgées et les prestations mentionnées respectivement aux 1° et 9° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations.

Exposé des motifs

Toutes les prestations sociales seront revalorisées et ce pour tous leurs bénéficiaires, sans distinction.

Le présent article prévoit, au cours des deux prochaines années, une revalorisation de certaines prestations sociales de 0,3 % par an. Les minima sociaux ne sont pas concernés par cette disposition et évolueront en fonction de l'inflation. Certaines prestations bénéficieront en outre d'une revalorisation exceptionnelle, conformément aux engagements du Président de la République. C'est le cas notamment du minimum vieillesse, qui aura augmenté de 100 € par mois d'ici la fin du quinquennat dont 30 € en avril dernier, puis 35 € en janvier prochain et en janvier 2020. C'est aussi le cas de l'allocation adulte handicapé qui aura augmenté de 90 € par mois d'ici 2019.

Article 45

- ① I. – Le chapitre 1^{er} du titre 3 du livre 5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 531-5 :
- ③ a) À l'avant dernier alinéa du *b* du I, les mots : « , L. 5423-2 et L. 5423-8 » sont remplacés par les mots : « et L. 5423-2 » ;
- ④ b) Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « 4° 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. » ;
- ⑥ 2° Après le cinquième alinéa de l'article L. 531-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ⑦ « 4° 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. »
- ⑧ II. – Le 6° 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 est ainsi modifié :
- ⑨ 1° Après le dix-huitième alinéa du *b*, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « “ 4° 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. » ;
- ⑪ 2° Au *c*, les mots : « est applicable dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 » sont supprimés.
- ⑫ III. – Le présent article est applicable aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} novembre 2019.

Exposé des motifs

La présence d'un handicap chez un enfant induit souvent des difficultés dans l'accès à une solution d'accueil, préjudiciable aussi bien à sa socialisation et à son intégration en milieu ordinaire qu'à la reprise ou à la poursuite d'une activité professionnelle dans des conditions satisfaisantes pour ses parents. De fait, les enfants en situation de handicap accèdent moins que les autres aux différents modes formels d'accueil des jeunes enfants, en particulier aux crèches et aux assistants maternels. La présence d'un enfant en situation de handicap peut également induire des besoins d'accueil supplémentaires pour ses frères et sœurs.

En ce qui concerne l'accueil collectif, la nouvelle Convention d'objectifs et de gestion (COG) pour 2018-2022 de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) prévoit des dispositifs destinés à favoriser l'accès des jeunes enfants handicapés aux structures d'accueil, à la crèche notamment, en ajoutant à la réduction du coût de l'accueil pour les familles (objectif également poursuivi dans les COG précédentes), la mise en place d'une prise en charge majorée des coûts de fonctionnement des structures qui accueillent des enfants en situation de handicap, qui neutralisera le surcoût induit pour les structures par l'accueil de ces enfants.

Il n'existe en revanche pas d'aide complémentaire lorsque la famille recourt ou souhaite recourir à un mode d'accueil individuel – assistant maternel ou garde à domicile.

Parmi les principaux freins à cet accueil sont identifiés, à côté de l'inquiétude des parents pouvant les conduire à préférer interrompre leur activité professionnelle et l'appréhension de professionnels qui se sentent parfois insuffisamment formés, l'existence de coûts supplémentaires liés à des dépenses directes (matériel, renfort, etc.) ou à un surcroît de temps consacré à l'enfant.

Face à ce constat et à côté d'autres mesures visant à améliorer la qualité de l'accueil par les assistants maternels, l'objectif est d'augmenter la solvabilisation du coût lié à la garde par un assistant maternel ou une garde à domicile pour les parents d'enfants en situation de handicaps. Il est ainsi proposé de mettre en place une majoration de 30 % du montant du complément de libre choix du mode de garde lorsque l'un des enfants de la famille ouvre droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Article 46

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le IV de l'article L. 531-5 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, pour les enfants ayant atteint l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année, la prestation demeure versée intégralement. » ;
- ③ 2° Au sixième alinéa de l'article L. 531-6, après les mots : « sont réduits », sont ajoutés les mots : « dans les conditions prévues audit IV » ;
- ④ 3° L'article L. 531-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « 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. » ;
- ⑥ 4° Au premier alinéa de l'article L. 543-1 :

- ⑦ a) Les mots : « inscrit en exécution de l'obligation scolaire » sont remplacés par les mots : « qui, ayant atteint un âge déterminé, est inscrit » ;
- ⑧ b) Il est ajouté les mots : « , jusqu'à la fin de l'obligation scolaire ».
- ⑨ II. – Le dix-neuvième alinéa du *b* du 6° 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 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, pour les enfants ayant atteint l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année, la prestation demeure versée intégralement. »
- ⑩ III. – Au premier alinéa de 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, après les mots : « en exécution de l'obligation scolaire, », sont insérés les mots : « à compter de l'entrée dans l'enseignement élémentaire ».
- ⑪ IV. – Les dispositions issues du 4° du I et du III du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2019, celles issues du 1° et du 2° du I et du II s'appliquent aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2020 et celles issues du 3° du I s'appliquent aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2022.

Exposé des motifs

Le président de la République a annoncé l'avancée à trois ans de l'âge de l'instruction obligatoire à compter de la rentrée scolaire 2019. La mesure a pour objet de tirer les conséquences de cette annonce sur deux prestations familiales : le complément de libre choix du mode de garde (CMG) « emploi direct » et « structure » de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et l'allocation de rentrée scolaire (ARS).

Il est tout d'abord proposé de prolonger le droit au complément de libre choix de mode de garde (CMG) à taux plein jusqu'à leur entrée effective à l'école pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2017 qui n'ont pas pu être accueillis en école maternelle alors qu'ils ont atteint l'âge de trois ans après le 1^{er} janvier 2020, à l'instar de ce qui est prévu pour les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) financés par la prestation de service unique versée par les CAF dans le cadre de leur action sociale, qui est maintenue jusqu'à la scolarisation effective de l'enfant. Cette

mesure se traduit par un maintien du CMG à taux plein pour les enfants qui sont nés entre le 1^{er} janvier et la rentrée scolaire au lieu d'une diminution de moitié de son montant et se justifie par le fait que le besoin d'accueil reste inchangé dans sa durée pour la famille tant que l'enfant n'est pas scolarisé. Elle évite aux familles concernées d'avoir à assumer un reste à charge beaucoup plus important ou de devoir réduire leur activité professionnelle et supprime une inégalité de traitement existant aujourd'hui entre les familles au regard de la transition vers l'école maternelle selon la date de naissance de leur enfant.

Cette mesure, qui participe d'une facilitation de la transition pour les familles vers l'école maternelle, sera applicable à compter du 1^{er} janvier 2020.

L'avancée de l'âge de l'obligation scolaire de six à trois ans nécessite par ailleurs de toiletter les dispositions relatives aux conditions d'accès à l'ARS, qui font référence à la notion d'obligation scolaire, qui n'est plus adaptée pour la fixation d'une ouverture du droit aux 6 ans des enfants. Il est proposé que la loi (L. 543-1) fasse désormais référence à la notion d'« âge déterminé » qui est fixé conformément à l'article L. 584-1 en décret en Conseil d'État (actuel article R. 543-2). L'avancée de l'âge de l'obligation scolaire ne modifie pas la situation des familles qui n'auront pas à faire face à des dépenses nouvelles et supplémentaires du fait de cette réforme. Il n'est dans ces conditions pas justifié d'avancer à 3 ans l'âge d'attribution de l'ARS.

Enfin, il est proposé de réformer le circuit de paiement du CMG auquel les familles peuvent prétendre lorsqu'elles ont recours à un service de garde à domicile, certaines crèches familiales ou une micro-crèche pour la garde de leur enfant, dans un souci de simplification des démarches des allocataires et de gain en trésorerie pour les primo-demandeurs (CMG dit « structure »). À l'instar du CMG emploi direct à compter de l'année 2019, le CMG structure pourra dans l'avenir être versé en tiers payant, ce qui permettra que l'ensemble des aides à la garde financées par la branche famille puissent être versées selon cette modalité qui donne aux familles une lisibilité immédiate du coût réel de l'accueil de leur enfant. La mise en œuvre de cette mesure permettra d'accroître l'effet de levier de cette prestation, la complexité des processus actuels et leur éclatement ayant pour effet de minorer la perception du montant des aides publiques mobilisées.

Article 47

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 623-1 :
- ③ a) Le I est ainsi rédigé :
- ④ « I. – Les assurées auxquelles s'appliquent les dispositions du présent titre bénéficient à l'occasion de leur maternité, à condition de cesser leur activité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 :
- ⑤ « 1° D'une allocation forfaitaire de repos maternel ;
- ⑥ « 2° D'indemnités journalières forfaitaires.
- ⑦ « Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol bénéficient d'indemnités journalières forfaitaires à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues par l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. » ;
- ⑧ b) Aux II et III, les trois occurrences des mots : « deuxième alinéa » sont remplacées par la référence : « 2° » ;
- ⑨ c) Au III, les mots : « premier alinéa » sont remplacés par la référence : « 1° » ;
- ⑩ d) Au IV, les mots : « premier alinéa » sont remplacés par les mots : « 1° du I » et les mots : « deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « 2° du I » ;
- ⑪ 2° Au premier alinéa de l'article L. 623-4, les mots : « deuxième alinéa » sont remplacés par la référence : « 2° » et les mots : « premier alinéa » sont remplacés par la référence : « 1° » ;
- ⑫ 3° Au premier alinéa de l'article L. 663-1, les mots : « proportionnelles à la durée et au coût de ce remplacement » sont supprimés.
- ⑬ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑭ 1° Au troisième alinéa de l'article L. 722-10, les mots : « des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité » sont remplacés par les

mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité » ;

- ⑮ 2° L'article L. 732-10 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑯ « *Art. L. 732-10.* – Les assurées mentionnées aux 1° et 2°, au *a* du 4° et au 5° de l'article L. 722-10, qui cessent leur activité en raison de leur maternité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale, bénéficient, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié, d'une allocation de remplacement pour couvrir les frais exposés par leur remplacement dans les travaux de l'exploitation agricole.
- ⑰ « Lorsque le remplacement prévu au premier alinéa ne peut pas être effectué, les assurées mentionnées au 1° de l'article L. 722-10 du présent code qui cessent leur activité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale bénéficient dans des conditions déterminées par décret, d'indemnités journalières forfaitaires.
- ⑱ « L'allocation de remplacement ou les indemnités journalières sont accordées à compter du premier jour de leur arrêt de travail, dans des conditions fixées par décret, aux assurées mentionnées aux premier et deuxième alinéas dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol. » ;
- ⑲ 3° À l'article L. 732-10-1 :
- ⑳ *a)* Au premier alinéa, les mots : « Lorsqu'elles » sont remplacés par les mots : « Lorsque les assurés », les mots : « personnes mentionnées » sont remplacés par les mots : « assurés mentionnés » et après les mots : « allocation de remplacement » sont insérés les mots : « ou, des indemnités journalières prévues au deuxième alinéa de l'article L. 732-10, attribuées sans condition de durée minimale d'interruption d'activité.» ;
- ㉑ *b)* Au deuxième alinéa, après les mots : « d'attribution de l'allocation » sont insérés les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières » ;
- ㉒ 4° À l'article L. 732-12-2 :
- ㉓ *a)* Au premier alinéa, après les mots : « le père bénéficie de l'allocation », le mot : « prévue » est remplacé par les mots : « de

remplacement ou des indemnités journalières dans les conditions prévues » ;

- ②4) b) Au dernier alinéa, après les mots : « bénéficiaire de l'allocation », sont insérés les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières ».
- ②5) III. – Les dispositions issues du I du présent article s'appliquent aux allocations mentionnées à l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale dont le premier versement intervient à compter du 1^{er} janvier 2019.
- ②6) Les dispositions issues du II du présent article s'appliquent aux allocations ou indemnités relatives à des arrêts de travail pour maternité débutant après le 31 décembre 2018.

Exposé des motifs

Le Président de la République a pris l'engagement d'harmoniser, les règles relatives au congé maternité entre régimes, tout en maintenant celles qui permettent de répondre aux contraintes propres à chaque type d'activité professionnelle et donc aux besoins réels des assurées. La députée Mme Marie-Pierre RIXAIN a ainsi été missionnée par le Gouvernement afin d'expertiser les évolutions envisageables du congé maternité, notamment des travailleuses indépendantes et des exploitantes agricoles.

Les travailleuses indépendantes bénéficient aujourd'hui d'indemnités journalières (IJ) et d'une allocation forfaitaire, sous réserve d'interrompre leur activité durant au minimum 44 jours (soit environ 6 semaines). Les IJ, forfaitaires, sont versées entre 44 et 74 jours, en fonction de la durée de l'arrêt de l'assurée. Ces règles, bien que plus favorables en termes de niveau d'indemnisation pour les travailleuses indépendantes, ne garantissent pas aujourd'hui une période d'arrêt suffisante pour la santé de la mère et de l'enfant. En effet, alors que les bénéfices en termes de santé publique des congés pré et postnataux sont reconnus, les travailleuses indépendantes sont soumises à des contraintes liées à la nécessité d'assurer la pérennité de leur activité et à une précarité plus forte, du fait de leurs revenus parfois instables, qui ne les incitent pas toujours à s'arrêter pendant une durée satisfaisante.

Ainsi, afin de renforcer cette protection, le présent article prévoit de porter la durée minimale d'arrêt en cas de grossesse à 8 semaines, dont 2 semaines de congé prénatal, à l'instar de celle qui s'applique aux salariées. Cette durée minimale d'arrêt de travail garantit à toutes les femmes une

prise minimale effective du congé de maternité et préserve la santé de la mère et de l'enfant en instaurant une protection sanitaire adéquate ainsi qu'un véritable repos maternel.

Par ailleurs, pour les travailleuses indépendantes, la durée de versement maximale des IJ sera alignée sur celle des salariées (112 jours). Elles pourront ainsi bénéficier de 38 jours de congés indemnisés supplémentaires. Cette dernière mesure relevant du niveau réglementaire, un décret en ce sens sera pris d'ici la fin de l'année. Ce renforcement des règles pour les travailleuses indépendantes leur permet non seulement d'avoir droit à un congé minimal et d'augmenter la durée totale de celui-ci mais également d'assurer un revenu de remplacement durant 112 jours, ce qui apporte une sécurité matérielle aux travailleuses indépendantes les plus précaires.

Les exploitantes agricoles se voient actuellement octroyer une allocation de remplacement, visant à rémunérer l'emploi d'une personne les remplaçant dans leurs travaux pendant la durée du congé de maternité, afin de garantir la viabilité de l'exploitation. Dans les faits, 40 % des exploitantes ne bénéficient pas de cette allocation, soit parce qu'elles n'en font pas la demande, soit parce qu'elles ne trouvent pas de remplaçant. Ces exploitantes agricoles ne peuvent donc s'arrêter pendant leur maternité, ce qui soulève un vrai problème de santé publique.

L'allocation de remplacement répond à un réel besoin des exploitantes agricoles et doit donc être maintenue. Elle continuera à être le dispositif principal de prise en charge durant la maternité des exploitantes agricoles, car elle permet une continuité de l'activité agricole et une garantie de la pérennité des exploitations. Elle sera renforcée en améliorant l'attractivité de ce dispositif. En effet, celles-ci sont aujourd'hui redevables de la CSG-CRDS sur l'allocation de remplacement, ces contributions n'étant pas prélevées par précompte sur le salaire versé au remplaçant. Cette charge sera supprimée ; pour cela, des dispositions réglementaires seront prises pour faire appliquer par les caisses de MSA le prélèvement de la CSG et la CRDS par précompte sur l'allocation de remplacement, dont le montant sera majoré d'autant afin de neutraliser l'impact de ce prélèvement pour l'exploitante agricole. Ainsi, les exploitantes n'auront plus à verser ces contributions CSG et CRDS, ce qui rendra le remplacement gratuit pour elles.

Enfin, en cas d'impossibilité de recourir à un remplaçant, les exploitantes agricoles doivent pouvoir bénéficier d'un revenu de remplacement au même titre que les salariées et les travailleuses

indépendantes non agricoles. C'est pourquoi il est proposé d'instaurer une indemnité journalière forfaitaire en cas de maternité ou d'adoption, qui sera strictement subsidiaire et servie dans les seuls cas où l'allocation de remplacement ne pourrait pas être versée.

Article 48

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 622-3 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « *Art. L. 622-3.* – Pour bénéficier du règlement des prestations en espèces au titre de l'assurance maladie et maternité pendant une durée déterminée, les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 doivent justifier, dans des conditions fixées par décret, d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations.
- ④ « Le revenu d'activité pris en compte pour le calcul de ces prestations est celui correspondant à l'assiette sur la base de laquelle l'assuré s'est effectivement acquitté, à la date de l'arrêt de travail, des cotisations mentionnées à l'article L. 621-1. » ;
- ⑤ 2° Au deuxième alinéa de l'article L. 632-1, les mots : « La première phrase du premier alinéa et le deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « Les deux premiers alinéas » ;
- ⑥ 3° Au troisième alinéa de l'article L. 646-4, la référence : « L. 361-6 » est remplacée par la référence : « L. 361-5 ».
- ⑦ II. – Le 2° de 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 abrogé.
- ⑧ III. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux prestations versées au titre d'arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2019, à l'exception des dispositions du deuxième alinéa du 1° du I qui s'appliquent aux prestations versées au titre d'arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2020.

Exposé des motifs

Les travaux menés pour préparer la reprise de la gestion des prestations de l'assurance maladie des travailleurs indépendants par la

caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) suite à la suppression du régime social des indépendants ont mis en lumière la nécessité de réduire, lorsque cela apparaît opportun, les écarts entre les règles applicables aux travailleurs indépendants et aux salariés, notamment concernant les indemnités journalières maladie et maternité, afin d'éviter une complexité excessive dans l'accès aux droits pour les travailleurs indépendants.

Ainsi, actuellement, le bénéfice des indemnités journalières maladie et maternité est conditionné pour le travailleur indépendant au fait d'être à jour du paiement des cotisations annuelles. Afin de simplifier les règles pour les travailleurs indépendants et faciliter la gestion par l'assurance maladie, la présente mesure vise à supprimer cette condition d'être à jour des cotisations dès le 1^{er} janvier 2019. La contributivité inhérente aux prestations maladie et maternité en espèces est conservée puisque les indemnités journalières seront calculées dès 2020 à partir du revenu sur lequel l'assuré aura effectivement acquitté des cotisations.

En outre, la présente mesure prévoit d'étendre aux travailleurs indépendants bénéficiaires d'une pension d'invalidité l'attribution automatique de la pension de vieillesse allouée en cas d'incapacité au travail, quelle que soit la catégorie de la pension d'invalidité, comme pour les salariés. Actuellement, seuls les travailleurs indépendants bénéficiant d'une pension d'invalidité totale et définitive (équivalente aux catégories 2 et 3 pour les salariés) se voient attribuer automatiquement une pension de vieillesse au taux plein. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité partielle au métier (équivalente à la pension de catégorie 1 pour les salariés) doivent en revanche être reconnus inaptes par le médecin conseil pour pouvoir bénéficier d'une pension à taux plein. La présente mesure met fin à cette dissymétrie entre salariés et indépendants, pour des motifs d'équité comme de simplification en gestion pour les caisses primaires d'assurance maladie.

Article 49

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au cinquième alinéa de l'article L. 133-4, après les mots : « non délivrés » sont insérés les mots : « ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale dans les conditions prévues au III de l'article L. 641-9 du code de commerce » ;

- ③ 2° À l'article L. 133-4-1, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé
- ④ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;
- ⑤ 3° À l'article L. 161-17-1-1, après les mots : « L. 353-6, » sont insérés les mots : « L. 355-3, » ;
- ⑥ 4° L'article L. 355-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;
- ⑧ 5° À l'article L. 553-2 :

- ⑨ a) Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;
- ⑩ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du livre VIII, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;
- ⑫ 6° L'article L. 815-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑬ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur l'allocation mentionnée au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées au titre V du livre III, à l'article L. 511-1, au titre III du livre VIII du présent code et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;
- ⑭ 7° L'article L. 821-5-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑮ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;
- ⑯ 8° À l'article L. 835-3 :
- ⑰ a) Le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;
- ⑱ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑲ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au troisième alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;
- ⑳ 9° À l'article L. 845-3, il est inséré, après le cinquième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

- ⑳ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au troisième alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;
- ㉑ 10° L'article L. 861-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ㉒ « Le décret mentionné à l'alinéa précédent fixe également les modalités selon lesquelles les sommes dues par les organismes complémentaires aux organismes d'assurance maladie font l'objet d'une majoration de 10 % en l'absence de paiement dans les délais prévus, ainsi que les modalités selon lesquelles le directeur de l'organisme d'assurance maladie peut délivrer une contrainte dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-5. » ;
- ㉓ 11° À l'article L. 863-7-1 :
- ㉔ a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les dispositions des articles L. 133-4-1 et L. 161-5-1 sont applicables au recouvrement des prestations versées à tort. » ;
- ㉕ b) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 861-3 sont applicables aux relations entre les organismes complémentaires et les organismes d'assurance maladie. »
- ㉖ II. – Il est inséré, après le sixième alinéa de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, un alinéa ainsi rédigé :
- ㉗ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées aux troisième et quatrième alinéas, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 du

code de la sécurité sociale ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du livre VIII du code de la sécurité sociale, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. »

②⑨ III. – À l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation :

③⑩ a) Le septième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;

③⑪ b) Il est inséré, après le huitième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

③⑫ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au sixième alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du livre VIII du code de la sécurité sociale, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. »

③⑬ IV. – A. – 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 ainsi modifiée :

③⑭ 1° À l'article 20-5-6 :

- ③⑤ a) Après le mot : « articles », sont insérés les mots : « L. 133-4-1, » ;
- ③⑥ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ③⑦ « Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « à l'article 20-8-1 de la présente ordonnance, au chapitre II du titre I^{er} 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, aux chapitres I et II du titre II, aux chapitres Ier et II du titre VI et au titre VI *bis* de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. » ;
- ③⑧ 2° L'article 20-8-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ③⑨ « 4° Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : « gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article 20-1 de la présente ordonnance, ou sur les prestations mentionnées au chapitre II du titre I^{er} 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, aux chapitres I et II du titre II, aux chapitres I^{er} et II du titre VI et au titre VI *bis* de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. »
- ④⑩ B. – L'article 13 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 est ainsi modifié :

- ④① 1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « En cas de fraude, le directeur de l'organisme mentionné à l'article 19 peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;
- ④② 2° Il est inséré, après le quatrième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :
- ④③ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces mentionnées à l'article 20-1 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, ou sur les prestations mentionnées aux chapitre I^{er} et II du titre II de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. »
- ④④ C. – L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :
- ④⑤ 1° Le premier alinéa de l'article 20 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : « gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article 20-1 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, ou sur les prestations mentionnées au titre VI *bis* de la présente ordonnance, au chapitre II du titre I^{er} 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 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale » ;

④⑥ 2° À l'article 35-3 :

④⑦ a) Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « En cas de fraude, le directeur de l'organisme mentionné à l'article 38 peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;

④⑧ b) Il est inséré, après le quatrième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

④⑨ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces mentionnées à l'article 20-1 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, ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I et II du titre II et au chapitre I du titre VI de la présente ordonnance, au titre Ier de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

⑤⑩ 3° Au 5° de l'article 42-1 :

⑤⑪ a) Au c, les mots : « Au dernier » sont remplacés par les mots : « À l'avant-dernier » ;

- ⑤2) b) Le 5° est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤3) « d) Au dernier alinéa, les mots : “gérées par les organismes mentionnées à l’article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre ” sont remplacés par les mots : “ mentionnées à l’article 20-1 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, ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I et II du titre II et au chapitre I du titre VI de la présente ordonnance, à l’article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l’article L. 434-2 du code de la sécurité sociale ” » .
- ⑤4) D. – Le I de l’article 104-1 de l’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 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤5) « En tant qu’elles concernent le régime accidents du travail et maladies professionnelles, les dispositions de l’article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte, sous réserve des adaptations suivantes : au dernier alinéa, les mots : “ mentionnées aux titres IV et V du livre III, à l’article L. 511-1 et aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l’article L. 351-11 du code de la construction et de l’habitation et à l’article L. 262-46 du code de l’action sociale et des familles ” sont remplacés par les mots : “ en espèces mentionnées à l’article 20-1 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, ou sur les prestations mentionnées au chapitre II du titre Ier 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, aux chapitres I^{er} et II du titre II, aux chapitres I^{er} et II du titre VI et au titre VI *bis* de l’ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre Ier de l’ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d’activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l’article L. 542-6 du code de l’action sociale et des familles . ” »
- ⑤6) E. – Le 8° de l’article 1^{er} de l’ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d’activité au Département de Mayotte est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑤7 « c) Au dernier alinéa, les mots : “ gérées par les organismes mentionnés à l’article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre ” sont remplacés par les mots : “ mentionnées à l’article 20-1 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, ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I^{er} et II du titre VI de l’ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, à l’article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l’article L. 434-2 du code de la sécurité sociale ”.
- ⑤8 V. – A. – 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 est ainsi modifiée :
- ⑤9 1° Il est créé, après l’article 8-3, un article 8-4 ainsi rédigé :
- ⑥0 « Art. 8-4. – L’article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux prestations mentionnés aux articles 9 et 12-1 sous réserve des adaptations suivantes : au dernier alinéa, les mots : “ aux titres IV et V du livre III, à l’article L. 511-1 et aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l’article L. 351-11 du code de la construction et de l’habitation ” sont remplacés par les mots : “ aux articles 9-6, 11 et 13-2 de la présente ordonnance,, au titre II du livre VIII du code de la sécurité sociale et aux articles 5 et 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre et Miquelon. ” » ;
- ⑥1 2° Le deuxième alinéa de l’article 9-6 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Au dernier alinéa de l’article L. 355-3, les mots “ gérées par les organismes mentionnés à l’article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l’article L. 511-1, aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l’article L. 351-11 du code de la construction et de l’habitation ” sont remplacés par les mots : “ mentionnées à l’article 9 de la présente ordonnance ou sur les prestations mentionnées aux articles 11, 12-1 et 13-2 de la présente ordonnance et aux articles 5 et 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre et Miquelon . ” » ;
- ⑥2 3° Le c du 13° de l’article 11 est remplacé par les dispositions suivantes :

- ⑥③ « c) À l'article L. 553-2 :
- ⑥④ « - les mots : "un organisme de prestations familiales, la Caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale" ;
- ⑥⑤ « - au dernier alinéa, les mots : “ gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du livre VIII ” sont remplacés par les mots : “ mentionnées à l'article 8-4, ou sur les prestations mentionnées à l'article 9-6 de la présente ordonnance, aux titres II et IV de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ”. »
- ⑥⑥ B. – La loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi modifiée :
- ⑥⑦ 1° Au 3° de l'article 5, il est inséré après le o un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥⑧ « o bis) Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : “ gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ” sont remplacés par les mots : “ mentionnées à l'article 9 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, ou sur les prestations mentionnée au titre II du livre VIII du code de la sécurité sociale, au titre IV de la présente loi, aux articles 11, 12-1 et 13-2 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 ” ; ».
- ⑥⑨ 2° Le 4° de l'article 7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L. 815-11, les mots : “ gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées au titre V du livre III, à l'article L. 511-1, au titre III du livre VIII du présent code et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ” sont remplacés par les mots : “ mentionnées à l'article 9 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, ou sur les prestations mentionnées au titre II de la présente loi et aux articles 11, 12-1 et 13-2 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.” »

- ⑦⑩ VI. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019, à l'exception des dispositions suivantes qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020 :
- ⑦⑪ 1° Le dernier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du 2° du I, le dernier de l'article L. 355-3 du même code dans sa rédaction issue du 4° du I, le dernier alinéa de l'article L. 553-2 du même code dans sa rédaction issue du *b* du 5° du I, le dernier alinéa de l'article L. 815-11 du même code dans sa rédaction issue du 6° du I, le dernier alinéa de l'article L. 821-5-1 du même code dans sa rédaction issue du 7° du I, le dernier alinéa de l'article L. 835-3 du même code dans sa rédaction issue du *b* du 8° du I, le sixième alinéa de l'article L. 845-3 du même code dans sa rédaction issue du 9° du I ;
- ⑦⑫ 2° Le septième alinéa de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue du II ;
- ⑦⑬ 3° Le neuvième alinéa de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, dans sa rédaction issue du *b* du III ;
- ⑦⑭ 4° Le dernier alinéa de l'article 20-5-6 et le dernier alinéa de l'article 20-8-6 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, dans leur rédaction issue du A du IV ; le cinquième alinéa de l'article 13 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, dans sa rédaction issue du 2° du B du IV ; le premier alinéa de l'article 20, le cinquième alinéa de l'article 35-3 et le dernier alinéa du 5° de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, dans leur rédaction issue du C du IV ; le dernier alinéa du I de l'article 104-1 de l'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, dans sa rédaction issue du D du IV ; le dernier alinéa du 8° de

l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, dans sa rédaction issue du E du IV ;

⑦⑤ 5° L'article 8-4, le deuxième alinéa de l'article 9-6 et le c du 3° 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, dans leur rédaction issue du A du V ;

⑦⑥ 6° Le 3° de l'article 5 et le 4° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre et Miquelon, dans leur rédaction issue du B du V.

Exposé des motifs

L'objectif poursuivi par le Gouvernement est d'assurer un versement sécurisé des prestations sociales et de limiter ainsi à la fois les situations de non recours et les erreurs d'attribution génératrices d'incompréhension et d'éventuels problèmes de trésorerie pour les bénéficiaires. Toutefois, lorsqu'un indu est néanmoins constaté, que ce soit du fait d'une erreur de l'allocataire ou de l'organisme ou d'une fraude, il apparaît nécessaire d'améliorer les conditions de recouvrement par les organismes de sécurité sociale en permettant que des indus au titre d'un organisme puisse être recouvré sur les prestations versées par un autre organisme. Les procédures mises en œuvre doivent alors garantir la lisibilité de la procédure de recouvrement et son caractère protecteur pour les allocataires, notamment pour les plus fragiles d'entre eux bénéficiaires de minima sociaux.

Pour ce faire, il est proposé de compléter les dispositions existantes en matière de recouvrement des indus pour :

- faciliter le recouvrement des prestations légales versées à tort par les organismes de sécurité sociale en élargissant la possibilité de retenue à l'ensemble des prestations dont est susceptible de bénéficier l'assuré. En permettant aux débiteurs de s'acquitter plus aisément de leur dette, cette possibilité permettra de réduire les cas de recours au recouvrement forcé, procédure toujours préjudiciable aux assurés. ;

- assurer ainsi la mise en œuvre, pour les allocataires disposant des ressources les plus faibles et bénéficiaires de minima sociaux, de procédures de recouvrement protectrices, lissées de manière adaptée dans

le temps en fonction des ressources du foyer, de la situation familiale et des charges de logement ;

- clarifier les règles de recouvrement des dépenses prises en charge au titre de la CMU-c ou de l'ACS.

Dans les cas de fraude, le présent article propose de donner aux CAF et aux caisses de mutualité sociale agricole la possibilité de récupérer plus rapidement les prestations obtenues de manière frauduleuse.

Par ailleurs, il est proposé de renforcer les dispositifs permettant à l'assurance maladie de recouvrer les sommes dues par les organismes complémentaires dans le cadre des mécanismes de tiers-payant coordonné.

Ces différentes mesures forment un ensemble participant à la fois d'un versement sécurisé des prestations, de l'octroi de garanties plus protectrices pour les allocataires à faibles revenus dans le cadre des procédures de recouvrement et de la meilleure maîtrise de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Article 50

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 133-5-3, il est inséré, après le II, un II *bis* ainsi rédigé :
- ③ « II *bis*. – Tout organisme versant des sommes imposables autres que des salaires transmis via la déclaration prévue au I ainsi que tout organisme versant des prestations sociales, y compris au titre de la protection sociale complémentaire, non imposables, dont la liste est fixée par décret, adresse mensuellement à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative comportant pour chacune des personnes attributaires de ces sommes et prestations et, après information de celles-ci, les informations relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.
- ④ « Les données de cette déclaration servent uniquement au recouvrement des cotisations, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales ainsi qu'à

l'accomplissement, par les administrations et organismes destinataires, de leurs missions.

- ⑤ « La transmission de cette déclaration permet d'accomplir les formalités déclaratives prévues à l'article 87-0 A du code général des impôts. » ;
- ⑥ 2° Au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-4, les mots : « chaque salarié ou assimilé pour lequel » sont remplacés par les mots : « chaque personne pour laquelle » ;
- ⑦ 3° À l'article L. 221-1, il est inséré, après le 4°, un 4° *bis* ainsi rédigé :
- ⑧ « 4° *bis* 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 ; »
- ⑨ 4° À l'article L. 222-1, il est inséré, après le 4°, un 4° *bis* ainsi rédigé :
- ⑩ « 4° *bis* 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 assurés ; »
- ⑪ 5° À l'article L. 223-1, il est rétabli un 4° ainsi rédigé :
- ⑫ « 4° 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 allocataires ; »
- ⑬ 6° Le 1° de l'article L. 542-2 est complété d'une phrase ainsi rédigée : « Les conditions de prise en compte des ressources notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature ; »
- ⑭ 7° Le deuxième alinéa de l'article L. 831-4 est complété d'une phrase ainsi rédigée : « Les conditions de prise en compte des ressources notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature ; »
- ⑮ II. – À l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré, après le 10°, un 10° *bis* ainsi rédigé :
- ⑯ « 10° *bis* 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 assurés ou allocataires ; ».

- ⑰ III. – Le 2° de l'article L. 351-3 du code de la construction et de l'habitation est complété d'une phrase ainsi rédigée : « Les conditions de prise en compte des ressources notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature. »
- ⑱ IV. – Le II *bis* de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte du I, est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑲ « Les données issues de cette déclaration sont conservées pendant la durée nécessaire à l'ouverture et au calcul des prestations, dont la liste est fixée par décret, et pour la gestion desquelles ces données sont utilisées. »
- ⑳ V. – Une base des ressources commune aux organismes de sécurité sociale est créée à compter du 1^{er} janvier 2019 et utilisée par ces organismes jusqu'à la date mentionnée au B du VI pour l'attribution de prestations ou leur calcul, en fonction des ressources des assurés ou allocataires.
- ㉑ Cette base contient les données relatives aux ressources des personnes pouvant demander ou percevant l'une de ces prestations, issues des déclarations mentionnées à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale et nécessaires pour la détermination des droits et le calcul de ces prestations.
- ㉒ Les personnels des organismes de sécurité sociale sont destinataires des seules données strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions pour les allocataires relevant de leur champ de compétence, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.
- ㉓ Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est l'identifiant utilisé. Les données sont opposables aux bénéficiaires des prestations pour la gestion desquelles la base de ressources mensuelles est utilisée. En cas d'erreur constatée par une personne sur les données issues de cette base, la rectification est opérée par la personne ayant assuré le versement et la déclaration des ressources concernées en application des dispositions de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale.
- ㉔ Les personnes dont les données figurent dans la base mentionnée au présent V en sont individuellement informées.
- ㉕ Les personnes demandant ou bénéficiant d'une prestation pour laquelle les données sur les ressources figurant dans la base prévue au présent V

sont utilisées ne peuvent faire valoir le droit d'opposition à ce traitement de données.

- ②6 La base mentionnée au présent V est supprimée à la date mentionnée au B du VI.
- ②7 VI. – A. – Les dispositions des I à III entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019.
- ②8 B. – Les dispositions du IV entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2020.
- ②9 C. – Au cours de l'année 2019, pour les revenus 2018, l'administration fiscale communique à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, les informations nominatives nécessaires pour déterminer, parmi les allocataires de ces caisses, ceux pouvant bénéficier des aides au logement.

Exposé des motifs

Le versement des prestations sociales est affecté de manière significative par des erreurs dans les données prises en compte, notamment en cas de déclarations erronées des allocataires. Ces erreurs peuvent être intentionnelles, mais elles sont très généralement involontaires, relevant le plus souvent de méconnaissances ou de mauvaises appréhensions de la réglementation par les allocataires. Sur toutes les prestations versées par exemple par les CAF, le montant des indus détectés annuellement s'élève à 2,5 milliards d'euros (dont environ 30 % pour les seules aides au logement), et est estimé à 3,8 Md€ s'agissant des erreurs d'erreurs déclaratives non détectées. Au total, sur 100 euros versés par les CAF, 8 le sont indûment.

Par ailleurs, les évaluations disponibles font état de taux de non-recours élevés, qu'il s'agisse du RSA (35 % de non-recours) ou en matière d'accès aux soins de l'ACS (plus de 50 %).

Afin de limiter les cas de non-recours, de simplifier les démarches des allocataires, de mieux lutter contre la fraude et de réduire les erreurs dans le versement des prestations, il est nécessaire de promouvoir le calcul d'une « juste prestation » adaptée à la situation contemporaine réelle de l'allocataire et réactive aux changements de situation, comme le préconise la mission de la députée Christine CLOAREC et de Julien DAMON dans

leur rapport remis au Premier ministre le 5 septembre 2018 intitulé « La juste prestation ; pour des prestations et un accompagnement ajustés ».

Si certaines prestations, comme le RSA, sont aujourd’hui calculées sur la base des ressources contemporaines, elles nécessitent en pratique des démarches déclaratives lourdes et fréquentes pour les allocataires, sources d’erreurs et donc potentiellement génératrices d’indus, voire source potentielle de fraude. À l’inverse, les prestations calculées sur la base des revenus de l’avant-dernière année, comme pour les aides au logement et les prestations familiales, ne permettent qu’un ajustement imparfait de ces aides aux changements de situation de l’allocataire, malgré les dispositifs correctifs existants.

Afin d’assurer un calcul plus réactif de l’aide tout en limitant les démarches des allocataires et les possibilités de fraude, la modernisation de la délivrance des prestations sociales implique de préciser les conditions dans lesquelles la déclaration mise en place à effet du 1^{er} janvier 2019 pour le prélèvement à la source sur les revenus de remplacement (déclaration dite « PASRAU ») peut, à l’instar de la déclaration sociale nominative (DSN) portant sur les revenus salariaux et sur le même modèle, constituer une déclaration sociale nominative complémentaire pour les sommes entrant également dans le champ des ressources prises en compte pour servir des prestations sociales Cette déclaration concernera essentiellement les organismes de protection sociale.

Le Gouvernement a décidé de mettre d’abord en œuvre cette réforme de modernisation du versement des prestations sociales par étapes et dès 2019 pour le calcul des aides personnelles au logement (APL). Dans le cadre de la stratégie de transformation de la politique du logement amorcée dès l’an dernier, cette mesure se traduit dans le PLF par une baisse de 900 M€ des crédits destinés aux APL..

La mise en œuvre de cette étape impose, pour des raisons techniques, de mettre en place de manière transitoire, pour l’année 2019, une base dans laquelle seront regroupées directement les données issues des déclarations sur les revenus d’activité et de remplacement et qui sera interrogée par les CAF et caisses de MSA au titre de leurs différents allocataires d’APL. Dès 2020, les données de cette base seront définitivement effacées et ce dispositif sera remplacé par un système plus décentralisé reposant sur des interfaces applicatives (API).

TITRE IV

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 51

- ① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 647 millions d'euros pour l'année 2019.
- ② II. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 137 millions d'euros pour l'année 2019.
- ③ III. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 155 millions d'euros pour l'année 2019.

Exposé des motifs

Cette mesure fixe le montant de la dotation de l'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2019 à hauteur de 647 M€. Cette dotation permet d'accompagner à hauteur de 200 M€ dès 2019 des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé conformément aux engagements pris dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ».

La présente mesure fixe également à 137 M€ le montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2019, montant qui se décline comme suit :

- 40,7 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) ;

- 96,6 M€ au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA).

Enfin, en application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus Tlymphotrope humain (HTLV).

Les dépenses pour 2019 afférentes aux missions relevant du périmètre de l'assurance maladie sont estimées à 189 millions d'euros dont :

- 161,7 millions d'euros au titre des indemnisations (dont dotations aux provisions) ; - 8,3 millions d'euros de dépenses de personnel ;

- 19 millions d'euros de dépenses de fonctionnement dont 6 millions d'euros de frais d'avocats et 9 millions d'euros d'expertises médicales.

Il est proposé une dotation de l'assurance maladie pour 2019 de 155 422 676 euros. Les autres produits de l'office (hors dotation de l'État) sont estimés pour 2019 à 44,5 millions d'euros (16,5 millions d'euros au titre des reprises sur provisions et 28 millions d'euros au titre des ressources propres).

Article 52

- ① Pour l'année 2019, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 218,0 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 216,4 milliards d'euros.

Exposé des motifs

La progression des dépenses d'assurance-maladie reflète à titre principal la fixation d'un ONDAM à 2,5 %.

Article 53

- ① Pour l'année 2019, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

- ② *(en milliards d'euros)*

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	91,5
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5
Autres prises en charge	1,9
Total	200,3

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est fixée à 2,5 % en 2019, soit un niveau de 200,3 Md€. Le taux de progression, supérieur à celui fixé en 2018 de 0,2 point, permet notamment de mettre en œuvre les mesures prévues par le plan « Ma santé 2023 »

Article 54

- ① I. – Le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 260 millions d'euros au titre de l'année 2019.
- ② II. – Le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 532 millions d'euros au titre de l'année 2019.
- ③ III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 000 millions d'euros au titre de l'année 2019.
- ④ IV. – Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime

couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 254,2 millions d'euros et 8 millions d'euros pour l'année 2019.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) du régime général au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche de l'assurance maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP ainsi que le montant de dépenses correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

Concernant en premier lieu le FIVA, la tendance à la baisse de la demande, associée à une augmentation du coût moyen des dossiers liée au regain de la fréquence des pathologies graves, conduit à une évaluation du total des dépenses de 364,9 millions d'euros pour 2019, dont 305 millions d'euros au titre des seules dépenses d'indemnisation (hors provisions et dotations aux amortissements à hauteur de 51 millions d'euros). Compte tenu d'une dotation nette de l'État maintenue à 7,8 millions d'euros (après mise en réserve) et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 80,2 millions d'euros dont reprises sur provisions à hauteur de 50 millions d'euros), une dotation de la branche AT-MP de 260 millions d'euros est nécessaire pour 2019. Elle permettra de réajuster le fonds de roulement du FIVA (61,75 millions d'euros à fin 2019), tout en le maintenant à un niveau suffisant correspondant à plus de deux mois de dépenses d'indemnisation.

En deuxième lieu, la baisse tendancielle des dépenses du FCAATA devrait se poursuivre en 2019 : le total des charges est ainsi évalué à 552 millions d'euros, soit une diminution de 5,1 % par rapport à 2018. Dans ce contexte, marqué également par un résultat et un résultat cumulé excédentaires en 2018 (respectivement 32 millions et 20 millions d'euros), il est proposé de fixer la dotation 2019 de la branche AT-MP de manière à assurer l'équilibre du résultat cumulé ; la dotation serait ainsi fixée à hauteur de 532 millions d'euros (soit une diminution de 13,3% par rapport à 2018).

En troisième lieu, la commission de la sous-déclaration des AT-MP qui s'est réunie au cours du deuxième trimestre 2017 a évalué le montant de cette sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 815 et 1 530 millions. Au regard de cette estimation, il est proposé de maintenir le montant du versement pour 2019 au même niveau qu'en 2017, soit 1 milliard.

En quatrième lieu, en application de l'ordonnance relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains risques professionnels et au compte professionnel de prévention, la loi de financement de la sécurité sociale détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT-MP du régime général est évalué à 254,2 millions d'euros en 2019 :

- 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.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT-MP du régime des salariés agricole 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.

Article 55

- ① Pour l'année 2019, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes obligatoires de base augmentent de 200 millions d’euros entre 2018 et 2019.

Article 56

- ① Pour l’année 2019, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :
- ② 1° Pour l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 241,2 milliards d’euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 136,9 milliards d’euros.

Exposé des motifs

Les dépenses d’assurance-vieillesse des régimes obligatoires de base de sécurité sociale continuent à progresser, à hauteur de 1,9 % entre 2018 et 2019.

Article 57

Pour l’année 2019, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 50,3 milliards d’euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche famille progressent de 600 millions d’euros entre 2018 et 2019.

Article 58

- ① Pour l’année 2019, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu’il suit :

- ②

<i>(En milliards d’euros)</i>	
	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	18,4

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient diminuer de 0,5 milliard d'euros entre 2018 et 2019. Ceci s'explique par la baisse de la prise en charge par le FSV au titre du minimum contributif.

ANNEXE A

① **RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2017, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2017**

② **I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2017 :**

③ *(en milliards d'euros)*

ACTIF	2017 (net)	2016 (net)	PASSIF	2017	2016
Immobilisations	7,4	7,0	Capitaux propres	-88,5	-101,4
Immobilisations non financières	5,0	4,5	Dotations	23,7	25,9
			<i>Régime général</i>	<i>0,2</i>	<i>0,6</i>
Prêts, dépôts de garantie	1,5	1,6	<i>Autres régimes</i>	<i>5,8</i>	<i>5,4</i>
			<i>Caisse d'amortissement de la dette sociale CADES)</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	<i>Fonds de réserve pour les retraites (FRR)</i>	<i>17,6</i>	<i>19,7</i>
			Réserves	18,8	16,5
			<i>Régime général</i>	<i>2,9</i>	<i>2,6</i>
			<i>Autres régimes</i>	<i>8,1</i>	<i>6,9</i>
			<i>FRR</i>	<i>7,7</i>	<i>7,0</i>
			Report à nouveau	-143,5	-155,6
			<i>Régime général</i>	<i>-3,4</i>	<i>-1,3</i>
			<i>Autres régimes</i>	<i>-4,0</i>	<i>-3,7</i>
			<i>FSV</i>	<i>-0,1</i>	<i>-0,1</i>
			<i>CADES</i>	<i>-136,0</i>	<i>-150,4</i>
			Résultat de l'exercice 2016 en instance d'affectation	-3,6	
			<i>FSV</i>	<i>-3,6</i>	
			Résultat de	12,6	8,1

			l'exercice		
			<i>Régime général</i>	-2,2	-4,1
			<i>Autres régimes</i>	0,2	0,7
			<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	-2,9	-3,6
			<i>CADES</i>	15,0	14,4
			<i>FRR</i>	2,4	0,7
			Ecart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	3,5	3,7
			Provisions pour risques et charges	17,2	15,8
Actif financier	55,6	55,1	Passif financier	158,5	173,1
Valeurs mobilières et titres de placement	44,7	46,8	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	152,0	161,2
<i>Régime général</i>	0,0	0,0	<i>Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)</i>	27,3	20,4
<i>Autres régimes</i>	8,7	8,3	<i>CADES</i>	124,7	140,8
<i>CADES</i>	1,0	4,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	5,7	5,2
<i>FRR</i>	35,0	34,5	<i>Régime général (ordres de paiement en attente)</i>	4,2	3,8
Encours bancaire	9,1	7,6	<i>Autres régimes</i>	0,5	0,4
<i>Régime général</i>	0,9	1,1	<i>CADES</i>	1,0	1,0
<i>Autres régimes</i>	4,0	2,9			
<i>FSV</i>	0,0	0,9	Dépôts reçus	0,5	1,1
<i>CADES</i>	3,2	1,6	<i>ACOSS</i>	0,5	1,1
<i>FRR</i>	0,9	1,1			
Créances nettes au titre des instruments financiers	1,9	0,7	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,5

CADES	1,3	0,3	ACOSS	0,2	0,5
FRR	0,6	0,4	Autres	0,1	5,2
			Autres régimes	0,0	0,0
			CADES	0,1	5,1
Actif circulant	82,1	80,2	Passif circulant	57,9	54,9
Créances de prestations	9,0	8,7	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	29,8	28,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,9	10,5	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,7	2,0
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	47,6	40,9			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,7	10,5	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques	7,8	8,8
Produits à recevoir de l'Etat	0,8	0,5			
Autres actifs	5,1	9,1	Autres passifs	17,6	15,3
Total de l'actif	145,1	142,4	Total du passif	145,1	142,4

④ Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 88,5 milliards d'euros au 31 décembre 2017. L'encours de dette sur les produits techniques est de l'ordre de 18 %, soit environ 2 mois de recettes.

⑤ Après une dégradation très marquée à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net est en diminution depuis quatre exercices. Cette inversion de tendance s'est confirmée et s'est amplifiée en 2016 et en 2017 (baisse de 7,9 milliards d'euros entre 2015 et 2016, puis de 12,8 milliards d'euros entre 2016 et 2017). Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (12,6 milliards d'euros en 2017 contre 8,1 milliards d'euros en 2016). Elle reflète la réduction continue des déficits des régimes de base et du FSV (4,8

milliards d’euros en 2017, contre 7,0 milliards d’euros en 2016, 10,2 milliards d’euros en 2015, 12,8 milliards d’euros en 2014 et 16,0 milliards d’euros en 2013) dans un contexte de maintien d’un niveau élevé d’amortissement de la dette portée par la CADES (15,0 milliards d’euros en 2017 après 14,4 milliards d’euros en 2016).

- ⑥ Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l’emprunt, essentiellement porté par la CADES et l’ACOSS. L’endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d’actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l’infléchissement observé en 2015 et 2016, l’endettement financier recule ainsi fortement entre 2016 et 2017 (102,9 milliards d’euro contre 118,0 milliards d’euros fin 2016), en cohérence avec l’évolution du passif net.

⑦ **Évolution du passif net, de l’endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009**

⑧ *(en milliards d’euros)*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs)	- 66,3	- 87,1	- 100,6	- 107,2	- 110,9	-110,7	-109,5	-101,4	-88,5
Endettement financier net au 31/12	- 76,3	- 96,0	- 111,2	- 116,2	- 118,0	-121,3	-120,8	-118,0	-102,9
Résultat comptable consolidé de l’exercice (régimes de base, FSV, CADES et FRR)	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7	+8,1	+12,6

- ⑨ II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2017
- ⑩ Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total.
- ⑪ L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte de conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par le décret n°2016-110 du 4 février 2016 et un arrêté du 14 septembre 2016.
- ⑫ Un montant total de 23,6 milliards d'euros a été repris en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche famille et de la branche maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de la branche vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche maladie au titre de 2015.
- ⑬ Le plafond de reprise par la CADES étant désormais saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits qui ne sont pas financés par la CADES. L'endettement financier brut de l'ACOSS s'est de fait accru de 6,4 milliards d'euros à fin 2017 par rapport à 2016, sous l'effet du financement des déficits 2017 des branches du régime général et du FSV.
- ⑭ Au titre de l'exercice 2017, le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général s'est élevé à 0,2 milliard d'euros. La plupart de ces régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants depuis 2015), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes

d'employeurs (fonction publique de l'État, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

- ⑮ Plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont néanmoins enregistré en 2017 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 0,2 milliard d'euros en 2017, en léger recul par rapport au résultat 2016, portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) à 3,7 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie octroyées par l'ACOSS, en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2017, ces déficits ont été financés en totalité (3,7 milliards d'euros) par une avance de l'ACOSS.
- ⑯ Enfin, les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,3 milliard d'euros en 2017) et de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (0,01 milliard d'euros en 2017) s'inscrivent en net recul (- 0,3 milliard d'euros par rapport à 2016 pour chacun des deux régimes). A l'inverse, celui de la branche vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires s'est accru (0,09 milliard d'euros en 2017 contre 0,03 milliard d'euros en 2016), cependant que le solde positif du régime de base de la caisse nationale des barreaux français reste globalement stable (0,07 milliard d'euros en 2017). Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

ANNEXE B

- ① **RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU REGIME GENERAL, LES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES REGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES QUATRE ANNEES A VENIR**
- ② La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2019-2022. Cette période sera marquée dès 2019 par le retour à l'équilibre de l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), permettant d'amplifier le désendettement de la sécurité sociale (I). Le financement de la sécurité sociale sur cette période évoluera substantiellement sous l'effet des nouvelles mesures de baisse pérenne des cotisations sociales qui en feront évoluer la structure (II). S'agissant de la branche maladie du régime général, la limitation de la progression de l'ONDAM permettra sur la période de continuer de dégager des économies tout en finançant les priorités du Gouvernement telles que l'accès aux soins et au droit à un remboursement intégral (III). L'équilibre financier des autres branches prestataires sera conforté sur la période quadriennale en vue de permettre le désendettement et le financement des priorités du Gouvernement (IV).
- ③ I. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 consolide le retour à l'équilibre des comptes sociaux et permet de garantir le désendettement de la sécurité sociale malgré des hypothèses macroéconomiques revues à la baisse.
- ④ Pour 2019, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB et de la masse salariale privée identiques à la prévision pour 2018 (respectivement 1,7 % et 3,5 %) et une hypothèse d'inflation en léger repli (1,3 %).
- ⑤ Pour les années 2020 à 2022, les hypothèses du Gouvernement sont basées sur une consolidation de la croissance (avec un PIB qui progresse en volume chaque année de 1,7 %) et une accélération progressive de l'inflation (+1,8 % à partir de 2021), qui aurait à son tour un effet à la hausse sur les salaires se traduisant par une accélération de la masse salariale (+3,7 % en 2022).

⑥ Le Haut Conseil des finances publiques a rendu un avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du projet de loi de finances pour 2019 au Conseil des ministres, et considère que ce scénario macroéconomique est crédible pour 2018 et plausible pour 2019.

⑦ Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

⑧

PRINCIPALES HYPOTHÈSES RETENUES	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
PIB volume	1,2%	2,2%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%
Masse salariale privée	2,4%	3,5%	3,5%	3,5%	3,7%	3,8%	3,7%
ONDAM	1,8%	2,1%	2,3%	2,5%	2,3%	2,3%	2,3%
Inflation	0,2%	1,0%	1,6%	1,3%	1,4%	1,8%	1,8%

⑨ Cette reprise favorise le redressement financier des régimes de sécurité sociale.

⑩ L'amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses entraînent une réduction significative des déficits sociaux, et permettent d'envisager un retour à l'équilibre de la sécurité sociale dès 2019, après 18 années de déficit. Le régime général devrait ainsi être en excédent dès 2018 et l'ensemble constitué par le régime général et le FSV dès l'année suivante. Ces bons résultats tiennent à la fois à la réalisation des économies prévues et au choix fait de compenser à la sécurité sociale les pertes de recettes qu'elle a supportées du fait de la politique de baisse du coût du travail, dans un contexte où l'État continuera de présenter des déficits conséquents.

⑪ Ce contexte de redressement doit être mis à profit afin de préparer l'avenir en consolidant la situation des finances sociales et des finances publiques de manière plus générale.

⑫ La trajectoire financière offre tout d'abord la possibilité d'achever le remboursement de la dette sociale dans le respect du terme fixé à 2024 et sans aucune hausse des prélèvements. Il s'agit d'un engagement fort du Gouvernement pour la préservation et la pérennisation de notre système de protection sociale, afin de ne pas faire peser l'effort sur les générations futures. Le remboursement de l'ensemble de la dette transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), jusqu'en 2016 (soit 260 milliards d'euros) est en effet financé et garanti jusqu'à cette date. Il reste

toutefois à prévoir le remboursement de la dette non reprise accumulée à l'ACOSS, dont la dette de trésorerie s'élève à près de 27 milliards d'euros.

- ⑬ Or cette dette peut être remboursée sans reporter l'échéance de 2024 ni augmenter les prélèvements obligatoires. Pour ce faire, il est proposé de transférer à compter de 2020, et jusqu'en 2022, 15 milliards d'euros de la dette restant accumulée à l'ACOSS à la CADES, ainsi que les ressources de contribution sociale généralisée (CSG) permettant cet apurement d'ici 2024, soit 1,5 milliard d'euros de CSG supplémentaire à compter de 2020, 2 milliards d'euros supplémentaires l'année suivante, augmentés enfin de 1,5 milliard à compter de 2022 soit au total une affectation de 5 milliards d'euros sur trois ans. Ce transfert des ressources rendues disponibles par les prévisions d'excédents sera réalisé sans aucun impact pour les contribuables.
- ⑭ Ce transfert autorise le maintien à l'équilibre durable de la sécurité sociale tout en permettant de faire évoluer les modalités d'application du principe de compensation intégrale des pertes de recettes de la sécurité sociale, comme le Gouvernement l'a proposé dans le rapport remis au Parlement en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2018-2022. Ce rapport recommande que, pour l'avenir, les baisses de prélèvements obligatoires seront supportées par l'Etat ou la sécurité sociale, en fonction de l'affectation de ces derniers, sans qu'il soit nécessaire ensuite de procéder à des transferts de compensation dans un sens ou dans l'autre.
- ⑮ Le projet de loi fait application de ce principe, qui conduit à faire une exception à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale pour les pertes de recettes consécutives à l'exonération de cotisations salariales au titre des heures supplémentaires, à l'exonération de forfait social au titre de l'intéressement dans les petites et moyennes entreprises et des mesures en faveur de la participation prévue par la loi relative au plan d'action pour la croissance et la transformation des entreprises (dite loi « PACTE »), à la suppression de la taxe sur les farines et à l'application des réductions de cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie dans les régimes spéciaux.
- ⑯ La trajectoire financière pluriannuelle tient compte de la réduction des recettes fiscales affectées par l'État à la sécurité sociale au titre des allègements généraux de cotisations afin de répartir leur coût entre l'Etat et la sécurité sociale. Le projet de loi de finances prévoit ainsi de réduire de 1,5 milliard d'euros en 2020, de 2 milliards supplémentaires l'année suivante, et 1,5 milliard à compter de 2022, soit dans une proportion

exactement identique à celle consacrée à l'accélération du désendettement, le montant des ressources de TVA affectées à la sécurité sociale.

⑰ Les ressources correspondant à ces deux mouvements de désendettement et de partage du coût des exonérations avec le budget de l'État sont réparties entre les branches en fonction de leur capacité contributive.

⑱ La trajectoire d'excédents présentée dans le cadre du présent projet de loi tient compte de ces mouvements tout en garantissant l'équilibre durable de la sécurité sociale.

⑲ II. Les mesures du PLFSS 2019 en faveur de la compétitivité se traduisent par des modifications importantes des modalités de financement de la sécurité sociale

⑳ a. Le remplacement du CICE et du CITS par une réduction uniforme des cotisations d'assurance maladie et des allègements généraux renforcés

㉑ Conformément aux dispositions votées en PLFSS et PLF pour 2018, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et le crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) seront remplacés dès le 1^{er} janvier 2019 par une exonération renforcée des cotisations sociales comprenant deux volets. Il s'agit, d'une part, d'un allègement uniforme de 6 points des cotisations sociales d'assurance maladie pour l'ensemble des salariés relevant du régime général de sécurité sociale et du régime des salariés agricoles, applicable sur les salaires dans la limite de 2,5 fois le SMIC. A la différence du CICE et du CITS, cet allègement bénéficiera à tous les employeurs dans des conditions identiques, qu'ils soient ou non assujettis à l'impôt sur les sociétés ou à la taxe sur les salaires.

㉒ D'autre part, à compter du 1^{er} octobre 2019, ces allègements généraux de cotisations sociales seront renforcés au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Ces allègements généraux porteront également sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Ainsi, au niveau du SMIC, plus aucune cotisation ou contribution sociale, payée habituellement par toutes les entreprises, ne sera due, à la seule exception de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la part correspondant à la sinistralité des entreprises.

㉓ b. La rationalisation des dispositifs d'exonération spécifiques

- ②④ Ce renforcement très significatif pour la grande majorité des entreprises appelle par ailleurs un réexamen des dispositifs d'exonérations ciblées et spécifiques en vue d'une révision ou d'une extinction de ces dispositifs.
- ②⑤ Ainsi, les contrats de formation en alternance (hors contrats dans le secteur public), les structures d'insertion par l'activité économique (associations intermédiaires et ateliers et chantiers d'insertion) ainsi que les contrats uniques d'insertion (à l'exception des contrats au sein des employeurs publics) bénéficient désormais des allègements généraux, plus favorables que les dispositifs existants.
- ②⑥ Le dispositif spécifique applicable à l'outre-mer est quant à lui recentré et simplifié, conformément aux recommandations fixées par le livre bleu des outre-mer, en renforçant le niveau des exonérations pour les plus bas salaires et en réduisant le nombre de barèmes d'exonération de 6 à 2.
- ②⑦ L'exonération applicable aux aides à domicile auprès d'une personne fragile employées par un organisme prestataire, actuellement indépendante du niveau de rémunération, sera rationalisée à coût inchangé pour les finances publiques, avec la mise en place d'un barème dégressif permettant de renforcer les effets incitatifs en faveur de l'emploi et une exonération totale jusqu'à 1,1 fois le SMIC.
- ②⑧ Enfin, les exonérations de cotisations patronales pour l'emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE) applicable pour le régime agricole sont supprimés au profit des allègements généraux renforcés de droit commun entrant en vigueur au 1er janvier 2019 pour les entreprises du secteur de la production agricole.
- ②⑨ III. La LFSS pour 2019 reflète un engagement du Gouvernement en faveur de la transformation de notre système de santé
- ③⑩ En 2018, la croissance des dépenses d'assurance maladie serait de 2,3% à champ constant. Les recettes seraient en forte hausse (+4,3%), soutenues notamment par la masse salariale (+3,5%). La branche se rapprocherait ainsi de l'équilibre, son déficit se réduisant à -0,9 milliard d'euros . Ainsi que le précise le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2018, l'ONDAM 2018, dont la progression est limitée à 2,3%, devrait être respecté pour la neuvième année consécutive.

- ③① La progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2019 est fixée à 2,5 %. Ce taux est relevé de 0,2 point par rapport à l'ONDAM 2018 afin de renforcer l'effort d'investissement dans la santé dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » présenté le 18 septembre par le Président de la République. Le niveau de progression des dépenses sera ensuite limité à 2,3 % sur la période 2020-2022.
- ③② Le tendanciel de dépenses restant à un niveau élevé (4,5%), le respect de l'objectif fixé pour 2019 nécessitera un effort d'économie de 3,8 milliards d'euros. Cet effort sera partagé par l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et accompagné dans le cadre du plan ONDAM pluriannuel 2018-2022 qui s'organise autour des thématiques suivantes : structuration de l'offre de soins ; pertinence et efficience des produits de santé ; pertinence et qualité des actes ; pertinence et efficience des prescriptions d'arrêt de travail et de transports ; contrôle et lutte contre la fraude.
- ③③ Les recettes de la branche maladie de la sécurité sociale évoluent significativement dans leur composition. A la suppression de la cotisation salariale d'assurance maladie de 0,75% en 2018 s'ajoute en effet à compter de 2019 l'effet de la réduction de 6 points des cotisations sociales patronales sous 2,5 SMIC pour un montant de 22,6 milliards d'euros. La branche bénéficiera en contrepartie de l'attribution d'une part de l'effet de la hausse de la CSG d'une part et de l'affectation d'une fraction de TVA à hauteur de près de 36 milliards d'euros d'autre part.
- ③④ La progression de l'ONDAM représente 4,9 milliards d'euros de dépenses nouvelles prises en charge en 2019 par la collectivité sur le champ de la maladie. Ces ressources permettront la mise en œuvre des priorités du Gouvernement pour la transformation du système de santé. L'effort en direction de la prévention sera poursuivi avec le renforcement des moyens de lutte contre les addictions, le développement des actions de prévention à destination des enfants et des jeunes et l'extension de la couverture vaccinale. L'amélioration de l'accès aux soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire se concrétisera, en vue de la mise en œuvre d'une offre sans reste à charge en 2020 et 2021.
- ③⑤ En outre, à compter du 1^{er} novembre, la complémentaire universelle contributive (CMU-c) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) seront fusionnés en un seul dispositif dans un objectif de facilitation de l'accès aux droits. L'accès aux soins sera également soutenu dans le secteur du médicament pour les produits les plus innovants et bénéfiques pour les patients.

- ③⑥ Le PLFSS met en œuvre les engagements pris par le Gouvernement dans le cadre de la feuille de route grand âge et autonomie pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées en EHPAD, et dans le cadre de la stratégie pour l'autisme pour notamment améliorer le parcours de soins des enfants dès le plus jeune âge.
- ③⑦ Plusieurs mesures contribueront également à la réforme de l'organisation des soins (extension du champ des expérimentations prévues par l'article 51 de la LFSS pour 2018) et de la tarification (développement des financements au forfait et à la qualité). Enfin, le congé maternité des travailleuses indépendantes et des exploitantes agricoles sera renforcé, dans un objectif de préservation de la santé de la mère et de l'enfant, tout en restant adapté aux spécificités de leurs activités.
- ③⑧ IV. La revalorisation maîtrisée des prestations sociales contribuera à l'équilibre des branches famille et vieillesse sur la période
- ③⑨ La revalorisation différenciée des prestations limitera la progression des dépenses des branches prestataires, et conduira en 2019 à réduire de 1,5 milliard d'euros la progression des dépenses de pensions de retraite à la charge de la branche vieillesse du régime général.
- ④① Afin de compenser à cette branche le coût de l'exonération des cotisations salariales au titre des heures supplémentaires et complémentaires et de préserver ses recettes l'assurance vieillesse bénéficiera en contrepartie de l'affectation de ressources aujourd'hui affectées à la branche famille. Les recettes de la branche vieillesse seront toutefois affectées par la réduction du forfait social sur l'intéressement et la participation.
- ④② La revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) sera supportée par le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Cette mesure forte de solidarité représente un effort estimé à 525 millions d'euros sur 3 ans.
- ④③ La branche vieillesse du régime général sera excédentaire, après prise en compte des transferts à l'État et liés au désendettement, sur l'ensemble de la période.
- ④④ La branche famille bénéficiera également en 2019 de l'effet de la revalorisation différenciée des prestations, permettant une économie de 260 millions d'euros. L'évolution du solde en 2019 sera affectée négativement par le transfert d'une partie des recettes de taxe sur les salaires à la branche

vieillesse. Le solde de la branche restera équilibré, après prise en compte des transferts à l'État et liés au désendettement, jusqu'en 2022.

44

		2018	2019	2020	2021	2022
Recettes, dépenses et soldes du régime général						
Maladie	Recettes	210,4	216,0	221,0	225,7	230,6
	Dépenses	211,3	216,4	221,0	225,7	230,6
	Solde	-0,9	-0,5	0,0	0,0	0,0
AT-MP	Recettes	12,8	13,3	13,4	13,6	13,8
	Dépenses	12,0	12,2	12,2	12,4	12,5
	Solde	0,8	1,1	1,2	1,3	1,3
Famille	Recettes	50,5	51,5	50,4	50,9	51,9
	Dépenses	50,1	50,3	50,5	51,0	51,9
	Solde	0,4	1,2	0,0	0,0	0,0
Vieillesse	Recettes	134,5	137,6	140,9	145,3	150,2
	Dépenses	133,7	136,9	140,2	144,9	150,2
	Solde	0,8	0,7	0,8	0,4	0,0
RG consolidé	Recettes	395,2	405,2	412,5	422,0	432,6
	Dépenses	394,1	402,7	410,6	420,4	431,4
	Solde	1,1	2,5	1,9	1,6	1,2
Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base						
Maladie	Recettes	211,9	217,5	222,6	227,3	232,2
	Dépenses	212,8	218,0	222,6	227,3	232,2
	Solde	-0,9	-0,5	0,0	0,0	0,0
AT-MP	Recettes	14,2	14,7	14,8	15,1	15,3
	Dépenses	13,3	13,5	13,6	13,8	14,0
	Solde	0,9	1,2	1,2	1,3	1,3
Famille	Recettes	50,5	51,5	50,4	50,9	51,9
	Dépenses	50,1	50,3	50,4	51,0	51,9
	Solde	0,4	1,2	0,0	0,0	0,0
Vieillesse	Recettes	236,9	241,4	246,2	252,6	259,5
	Dépenses	236,6	241,2	245,7	252,8	260,9
	Solde	0,4	0,3	0,6	-0,2	-1,3
ROBSS consolidé	Recettes	499,9	511,3	520,1	531,6	544,3
	Dépenses	499,2	509,1	518,3	530,6	544,4
	Solde	0,7	2,2	1,8	1,0	-0,1

④

Fonds de solidarité vieillesse						
FSV	Recettes	16,8	16,6	17,1	17,7	18,3
	Dépenses	18,9	18,4	17,8	18,0	18,2
	Solde	-2,1	-1,8	-0,7	-0,3	0,1
Régime général et fonds de solidarité vieillesse						
RG+FSV	Recettes	394,6	404,9	413,2	423,2	434,3
	Dépenses	395,7	404,2	412,0	421,9	432,9
	Solde	-1,0	0,7	1,2	1,3	1,3
Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse						
ROBSS +FSV	Recettes	498,2	509,9	519,8	531,8	544,9
	Dépenses	499,6	509,6	518,7	531,1	544,9
	Solde	-1,4	0,4	1,0	0,7	0,1

Annexe C

① ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE,
DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME
GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES
ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES
RÉGIMES

② I.- Régimes obligatoires de base

③

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies profession nelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives	74,2	141,2	30,6	14,0	258,2	0,0	258,2
Cotisations prises en charge par l'Etat	2,5	2,4	0,6	0,1	5,5	0,0	5,5
Cotisations fictives d'employeur	0,5	40,9	0,0	0,3	41,7	0,0	41,7
Contribution sociale généralisée	73,3	0,0	12,0	0,0	84,9	16,8	101,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	60,8	20,9	7,8	0,0	89,6	0,0	89,5
Charges liées au non recouvrement	-1,3	-1,1	-0,5	-0,2	-3,2	-0,1	-3,3
Transferts	2,9	36,6	0,2	0,1	28,1	0,0	10,1
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	4,6	0,5	0,8	0,5	6,4	0,0	6,4
Recettes	217,5	241,4	51,5	14,7	511,3	16,6	509,9

④ II.- Régime général

⑤

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies profession nelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et FSV
Cotisations effectives	73,4	90,9	30,6	13,0	206,3	0,0	206,3
Cotisations prises en charge par l'Etat	2,5	2,0	0,6	0,0	5,2	0,0	5,2
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	73,3	0,0	12,0	0,0	84,9	16,8	101,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	60,8	16,5	7,8	0,0	85,1	0,0	85,1
Charges liées au non recouvrement	-1,3	-1,0	-0,5	-0,2	-3,1	-0,1	-3,2
Transferts	2,9	28,9	0,2	0,0	20,9	0,0	4,0
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	4,3	0,3	0,8	0,4	5,8	0,0	5,8
Recettes	216,0	137,6	51,5	13,3	405,2	16,6	404,9

⑥ III. Fonds de solidarité vieillesse

⑦

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	16,8
Impôts, taxes et autres contributions sociales	0,0
Charges liées au non recouvrement	-0,1
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	16,6

**FICHES
D'ÉVALUATION
PRÉALABLE
DES ARTICLES
DU PLFSS 2019**

CPAX1824950L/Bleue-1

SOMMAIRE

PLFSS 2019 - Annexe 9

Article 4 – Simplification du mode de financement des médicaments remboursés	6
Article 7 - Exonération de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires	14
Article 8 - Mise en oeuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs.....	24
Article 9 - Prolongation de la durée de l'exonération ACCRE pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole	69
Article 10 - Rendre plus équitable la cotisation subsidiaire d'assurance maladie.....	75
Article 11 - Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement.....	83
Article 12 – Sécurisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunérations	91
Article 13 - Poursuivre la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations.....	98
Article 14 - Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments	113
Article 15 - Simplifier et homogénéiser les mécanismes de sauvegarde pour les produits de santé.....	119
Article 16 - Mesures en faveur des travailleurs indépendants (1/2) : clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants	127
Article 17 - Modulation des sanctions	136
Article 18 - Efficience de la gestion financière des organismes de sécurité sociale	146
Article 19 – Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'Etat et entre régimes de sécurité sociale	164
Article 20 - Reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS	188
Article 27 - Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé.....	197
Article 28 - Financement forfaitaire de pathologies chroniques	203
Article 29 - Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé (art. 51 LFSS 2018)	209
Article 30 - Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants (régime simplifié des professions médicales).....	219
Article 31 – Etendre l'objet des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées.....	225
Article 32 - Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge.....	232
Article 33 – Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires.....	243
Article 34 - Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé.....	259
Article 35 – Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte	292
Article 36 - Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie	298
Article 37 - Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des enfants de moins de dix-huit ans	305
Article 38 - Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives	311

<i>Article 39 - Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens</i>	315
<i>Article 40 - Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement</i>	323
<i>Article 41 - Accélérer la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</i>	332
<i>Article 42 - Renforcer l'accès précoce à certains produits de santé innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge</i>	336
<i>Article 43 - Favoriser le recours aux médicaments génériques et biosimilaires</i>	365
<i>Article 44 - Ajustement exceptionnel de la revalorisation des prestations sociales</i>	379
<i>Article 45 - Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap</i>	384
<i>Article 46 - Accompagnement de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans par les prestations familiales</i>	397
<i>Article 47 - Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité</i>	410
<i>Article 48 - Mesures en faveur des travailleurs indépendants (2/2) : convergence des règles en matière de prestations en espèces vers le régime général</i>	420
<i>Article 49 - Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale</i>	427
<i>Article 50 - Modernisation de la délivrance des prestations sociales</i>	460
<i>Avis des caisses</i>	478

Article 4 – Simplification du mode de financement des médicaments remboursés

I. Présentation de la mesure

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

Le fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique (FFIP), placé au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie, prend à sa charge l'ensemble des dépenses de la liste en sus et des ATU/post-ATU, ainsi que les dépenses de rétrocession et les ATU associées.

En dépenses, le fonds se substitue comptablement à chacun des régimes d'assurance maladie, en retraçant l'ensemble des charges de remboursement au titre des médicaments inscrits sur la liste en sus, sur la liste rétrocession ou bénéficiant d'une ATU ou en post ATU (les régimes ne retraçant désormais en dépenses dans leurs comptes que leur dotation annuelle au fonds).

Sans apporter de capacité de financement supplémentaire des médicaments innovants ou onéreux, la création de ce fonds par la LFSS pour 2017 a, in fine, complexifié les circuits de prise en charge des médicaments. Du fait de règles d'utilisation des crédits et de reconstitution des réserves du fonds inadaptées aux fluctuations des dépenses liées à l'innovation, l'apport de ce fonds à la régulation des dépenses de médicaments n'apparaît pas suffisant pour qu'il apparaisse opportun de le conserver.

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

a) Mesure proposée

L'article supprime le fonds pour le financement pour l'innovation pharmaceutique (FFIP) introduit par la LFSS pour 2017. Ce mécanisme de lissage de certaines dépenses de médicament avait fait l'objet de fortes critiques de la Cour des comptes qui avait conduit le Gouvernement dès la LFSS pour 2018 à neutraliser son impact dans la construction de l'ONDAM. Cette suppression ne remet pas en cause l'accès aux médicaments innovants.

Afin de sécuriser les conditions d'établissement des comptes 2018 et compte tenu du délai de mise en œuvre de la suppression du FFIP au plan comptable, il est proposé de maintenir, à titre transitoire – pour l'exercice 2018 seulement – le suivi comptable ad hoc des dépenses et recettes entrant dans le champ de l'ancien fonds, mis en place en 2017. Toutefois, afin de retranscrire de manière exhaustive ces opérations dans le solde des régimes concernés, ces derniers ont vocation à enregistrer un montant de dotation correspondant exactement au solde des dépenses et recettes entrant dans le champ de l'ancien fonds.

b) Autres options possibles

La conservation du FFIP ne permettrait pas de simplifier les circuits de remboursement des médicaments pris en charge par l'assurance maladie.

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

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie et à réintégrer dans le solde comptable des organismes de base de sécurité sociale des dépenses et des recettes qui pouvaient en être exclues. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du 1° du C, du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS. Cette mesure relève également du 4° du B du V du même article.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure sera codifiée puisqu'elle implique une modification des articles L. 138-16 et L. 221-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure abroge l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure est *in fine* sans impact sur l'ONDAM en 2018 car les réserves du FFIP n'ont pas été mobilisées, en construction, pour le remboursement des médicaments onéreux. Toutefois, elle permet de modifier la contribution de l'assurance maladie au FFIP dès l'année 2018, et a dès lors un impact sur les dépenses d'assurance maladie.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 R	2020	2021	2022
	0	0			

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

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

a) impacts économiques

Le rendement théorique de la mesure étant nul, il n'est pas attendu d'impact supplémentaire de cette mesure pour les entreprises commercialisant des médicaments.

b) impacts sociaux

La mesure n'a pas d'impact pour les assurés.

• Impact sur les jeunes

Sans objet

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

La mesure est sans impact sur les assurés.

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

Cette mesure nécessitera d'adapter les systèmes d'information de l'assurance maladie.

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

La mesure est sans impact supplémentaire sur les caisses de sécurité sociale.

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

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

Sans objet.

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

La mesure est d'application directe.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 138-16 actuel	Article L. 138-16 modifié
Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13, dû au titre du taux (Lv), est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le produit de la contribution et des remises mentionnées au même article L. 138-13, dû au titre du taux (Lh), est affecté au Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique mentionné à l'article L. 221-1-1.	Le produit des ~~la~~ contributions et des remises mentionnées à l'article L. 138-13, ~~dû au titre du taux (Lv),~~ est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. ~~Le produit de la contribution et des remises mentionnées au même article L. 138-13, dû au titre du taux (Lh), est affecté au Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique mentionné à l'article L. 221-1-1.~~
Article L. 221-1 actuel	Article L. 221-1 modifié
La Caisse nationale de l'assurance maladie gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque : 1° bis D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; 2° De définir et de mettre en oeuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ; 3°) De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ; 4°) D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ; 5°) D'organiser et de diriger le contrôle médical ; 6°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 7°) De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;	La Caisse nationale de l'assurance maladie gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque : 1° bis D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; 2° De définir et de mettre en oeuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ; 3°) De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ; 4°) D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ; 5°) D'organiser et de diriger le contrôle médical ; 6°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 7°) De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;

8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1, L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° bis du présent article ; 9° De participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé ; 10°) De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale ; 11°) (Abrogé) ; 12° De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation. La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code. La Caisse nationale de l'assurance maladie publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et des données relatives aux services rendus aux travailleurs indépendants.	8° De gérer les fonds mentionnés aux articles <u>L. 221-1-1</u>, L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° bis du présent article ; 9° De participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé ; 10°) De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale ; 11°) (Abrogé) ; 12° De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation. La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code. La Caisse nationale de l'assurance maladie publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et des données relatives aux services rendus aux travailleurs indépendants.
Article L. 221-1-1 actuel	Article L. 221-1-1 abrogé
I.-Il est créé un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique. II.-Ce fonds enregistre en recettes : 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie incluse dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, fixée chaque année en fonction de cet objectif par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget et qui ne peut être inférieure au montant fixé l'année précédente majoré du taux d'évolution moyen des dépenses du fonds, nettes des recettes mentionnées aux 2° à 5° du présent II constatées au cours des cinq exercices précédents. Cette dotation est répartie entre les régimes selon les modalités définies à l'article L. 175-2 ; 2° La part des remises recouvrées par les organismes désignés en application de l'article L. 162-18 correspondant à l'usage de médicaments pris en charge au titre de leur inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-22-7 du présent code et au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ; 3° Les remises mentionnées à l'article L. 162-16-5-1 du	(abrogé)

présent code ; 4° Les contributions et remises dues en application de la contribution relative au taux (Lh) mentionnée à l'article L. 138-10 ; 5° Les contributions dues en application de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C mentionnée à l'article L. 138-19-1. Pour les médicaments inscrits à la fois sur les listes mentionnées : a) Au premier alinéa de l'article L. 162-17 et b) A l'article L. 162-22-7 du présent code ou au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ; La part des remises retenues pour l'application du 2° du présent II correspond au montant de ces remises calculé au prorata des dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie au titre de leur inscription sur l'une des listes mentionnées au b, par rapport à ces mêmes dépenses au titre de leur inscription sur les listes mentionnées aux a et b. III.-Le fonds enregistre en dépenses le montant des frais pharmaceutiques relatifs aux médicaments couverts par l'assurance maladie au titre : 1° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ; 2° De leur inscription sur la liste mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ; 3° Du bénéfice d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ; 4° De leur prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ; 5° De leur prise en charge en application du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1 du présent code. IV.-Le solde du fonds est retracé dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie . Le déficit du fonds ne peut être supérieur à 25 % du montant cumulé de la dotation reçue en application du III de l'article 95 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 et du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs. L'excédent du fonds ne peut être supérieur à 25 % de la valeur absolue du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs. Le fonds ne peut présenter un résultat déficitaire s'il a été constaté au moins trois déficits au cours des cinq exercices précédents. Le montant de la dotation mentionnée au 1° du II du présent article est modifié, le cas échéant, pour assurer le respect des dispositions des deux premiers alinéas du présent IV. V.-Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie . Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées et établit une trajectoire budgétaire pluriannuelle permettant un équilibre des recettes et des dépenses du fonds à un horizon de cinq ans. Dans son avis rendu en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie tient compte de la	

situation financière du fonds.	

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

I. Présentation de la mesure

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

Les heures supplémentaires sont les heures de travail effectuées au-delà de la durée légale de travail fixée à 35 heures hebdomadaires (ou de la durée considérée comme équivalente dans certaines professions, par accord de branche ou décret en Conseil d'État), à la demande de l'employeur ou avec son accord. Exonérer ces heures, partiellement ou totalement, des prélèvements obligatoires auxquels elles sont soumis, permet d'accorder un gain de pouvoir d'achat aux salariés tout en incitant à l'augmentation du temps de travail avec un gain de productivité pour l'ensemble de l'économie.

Conformément aux engagements du programme présidentiel, la mesure proposée consiste à exonérer les heures supplémentaires et complémentaires des cotisations salariales d'assurance vieillesse, ce qui se traduira par une amélioration du pouvoir d'achat de près de 2 Mds€ en année pleine.

Cela représente un gain de pouvoir d'achat d'environ 200 € par an en moyenne (en année pleine).

Les mesures fiscales et sociales sur les heures supplémentaires avaient cependant un effet important sur le pouvoir d'achat des salariés, avec un gain annuel moyen par salarié estimé à 500 €. Cette mesure bénéficierait principalement aux ménages modestes, les ouvriers et les employés ayant une probabilité plus forte de faire des heures supplémentaires rémunérées (46 % pour les employés et 66 % pour les ouvriers contre 20 % pour les cadres et professionnelles intellectuelles supérieures, données DARES 2015). Ce différentiel s'explique notamment par le fait que les salariés en conventions de forfait-jours sur l'année, qui représentent 13,3 % des salariés à temps complet (au 1^{er} trimestre 2018, donnée DARES), sont très majoritairement des cadres (à 82 %, donnée DARES 2010).

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste en une réduction des cotisations sociales dues par le salarié, à l'exception de la CSG et de la CRDS, sur les heures supplémentaires et complémentaires effectuées et rémunérées.

Cette mesure couvrira les périodes de travail ainsi définies :

- les heures supplémentaires telles que définies aux articles L.3121-28 à L.3121-39 du code du travail : heures de travail accomplies, à la demande de l'employeur, au-delà de la durée légale, heures de travail accomplies au-delà de la durée applicable à l'entreprise en application d'une convention ou d'un accord d'entreprise, etc. ;
- lorsqu'est mis en place un dispositif d'aménagement du temps de travail sur une période de référence supérieure à la semaine, les heures supplémentaires décomptés à l'issue de cette période de référence (L. 3121-41 du même code) ;
- les heures supplémentaires incluses dans des conventions de forfait, et celles effectuées au-delà de ces forfaits, dans la limite de 1 607 heures pour les forfaits annuels (article L. 3123-56 du même code) ;
- les heures complémentaires (L. 3123-17 et suivants du même code) ;
- les heures supplémentaires effectuées par les salariés bénéficiant d'un temps réduit pour raisons personnelles (article L. 3123-2 du même code).

Elle concerne les jours de travail effectués au-delà de 218 jours par les salariés au forfait en jours sur l'année ayant renoncé à des jours de repos.

Par ailleurs cette mesure sera applicable à l'ensemble des salariés, y compris ceux travaillant pour des particuliers employeurs, ainsi qu'aux heures supplémentaires réalisées par les contractuels de droit public et les fonctionnaires titulaires.

Le taux d'exonération dépend des cotisations salariales assises sur les heures supplémentaires. Pour les salariés non-cadres du secteur privé, la mesure correspond à une exonération de 11,31 points de cotisations.

La mesure n'aura aucune incidence sur les droits sociaux pour les assurés en matière d'assurance-vieillesse.

b) Autres options possibles

Le dispositif supprimé en 2012 présentait un certain nombre de lacunes ayant entraîné des critiques, que prend en compte la mesure proposée dans le présent PLFSS. Ne pas exonérer les heures supplémentaires de cotisations patronales permet d'éviter que les heures supplémentaires ne viennent au détriment de la création d'emplois. Ainsi, du point de vue de l'emploi, au moment où l'économie passe en phase haute de cycle, et les contraintes portant de plus en plus sur la demande de travail que sur l'offre de travail, il est opportun de renforcer l'attractivité du travail pour les salariés en ciblant l'exonération sur les cotisations salariales, en laissant inchangées les cotisations patronales.

L'impact de la mesure sur le « gain de pouvoir d'achat » est bien identifié par les deux rapports mais ceux-ci soulignent cependant que les gains par bénéficiaire croissent fortement avec le niveau de revenus, en raison du barème proportionnel des cotisations sociales et plus encore du barème progressif de l'impôt sur le revenu. C'est dans le but d'éviter ces effets anti-redistributifs marqués qu'il est proposé de ne pas rétablir de volet fiscal du dispositif.

Il est proposé de ne pas exonérer la CSG et la CRDS dues au titre des heures supplémentaires. Les dispositifs d'exonérations sur ces deux contributions sont aujourd'hui extrêmement limités, les pouvoirs publics ayant, depuis la création de ces prélèvements, choisi d'assoir le financement de la sécurité sociale sur une assiette la plus large possible, en limitant au maximum les régimes dérogatoires. Le dispositif envisagé s'inscrit dans cette logique, en réservant l'exonération aux seules cotisations de sécurité sociale. Il permet en outre de limiter l'impact de la mesure sur les finances publiques (une extension de l'exonération à la CSG et à la CRDS entraînant un coût supplémentaire de l'ordre de 1,6 Md€).

En revanche, contrairement à la mesure supprimée en 2012, aucun plafonnement ne serait appliqué sur le calcul de l'exonération, de sorte que son calcul sera grandement simplifié.

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

La création d'une réduction sur les cotisations salariales de sécurité sociale aura pour effet d'affecter les recettes des régimes de base de manière pérenne et trouve ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du 2° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

Un article L. 241-17 est rétabli dans le code de la sécurité sociale.
Est modifié l’article L. 24118 du code de la sécurité sociale, ainsi que l’article L. 741-15 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n’est abrogé.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût en année pleine pour la sécurité sociale de l’exonération des cotisations sociales dues par les salaires sur les heures supplémentaires et complémentaires est estimé à 1,94 Md€, dont 1,75 Md€ au titre des salariés affiliés au régime général et 140 M€ pour les agents publics et 60 M€ pour les salariés relevant d’autres régimes.

Pour le secteur privé, l’évaluation est basée sur un taux de recours moyen aux heures supplémentaires ou complémentaires d’environ 43 % et un nombre moyen d’heures effectuées par les individus qui y ont recours de 109 par an (source : DARES, 2015). Sur la base d’un secteur privé comprenant environ 17,8 millions de salariés (source : ACOSS, 2016), la mesure devrait porter sur 891 millions d’heures supplémentaires (projection 2019, avec prise en compte de nombres d’heures supplémentaires moyens différents selon la taille de l’entreprise). La rémunération moyenne d’une heure supplémentaire en 2019 est estimée à environ 17,3 € (projection 2019 à partir des données DARES de 2015 faisant état d’une rémunération moyenne brute au titre des heures supplémentaires de 1 756 € et d’un volume de 109 heures).

Sur la base de ces données et de ces hypothèses, le coût global pour les finances publiques est estimé à 1,94 Md€ ; ce coût sera toutefois minoré par un surcroît de recettes à l’impôt sur le revenu dans la mesure où le volet fiscal de la mesure de 2007 n’est pas reconduit.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en Md€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019	2020	2021	2022
APU	0	-0,65	-1,96	-2,03	-2,11
ASSO		-0,63	-1,90	-1,97	-2,05
CNAV		-0,61	-1,86	-1,92	-1,99
CNRA CL		-0,02	-0,05	-0,05	-0,05
ETAT (au titre du RAFP)		-0,02	-0,06	-0,06	-0,06

Le coût indiqué dans le tableau ci-dessus est un coût toutes administrations publiques confondues. Il ne tient pas compte des éventuelles mesures de compensation financière.

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

a) impacts économiques

Cette mesure a vocation à stimuler l'activité économique et la demande en bien et services, en augmentant le pouvoir d'achat des salariés, ainsi que l'offre de travail.

• Pour les actifs du secteur privé (hors agricole)

La part des salariés ayant effectué des heures supplémentaires ou complémentaires rémunérées varie fortement selon le niveau de revenus et la catégorie socio-professionnelle et elle est d'autant plus élevée que les salaires versés sont faibles. Par conséquent, cette mesure bénéficiera prioritairement aux salariés qui ont le plus recours aux heures supplémentaires, c'est-à-dire principalement ceux percevant une rémunération inférieure au salaire médian, et de manière prépondérante aux employés et ouvriers.

Taux de recours aux heures supplémentaires par tranche de revenus		Taux de recours aux heures supplémentaires par catégorie socioprofessionnelle	
Inférieur au 1 ^{er} quartile	53%	Cadres et professions intellectuelles supérieures	20%
Compris entre le 1 ^{er} quartile et la médiane	59%	Professions intermédiaires	40%
Compris entre la médiane et le 3 ^e quartile	51%	Employés	46%
Supérieur au 3 ^e quartile	31%	Ouvriers	66%

Source : DARES, 2015

Sur la base des données 2015 de la DARES, le gain moyen par salarié peut être estimé à 199 € par an (avec une rémunération moyenne annuelle brute des heures supplémentaires de 1 756 € en 2015). Cependant, dans certains secteurs comme la construction ou l'information et la communication où le nombre moyen d'heures supplémentaires effectuées est plus important, le gain pourra être supérieur en moyenne à 250 € par an.

	Rémunération moyenne brute annuelle	Nombre moyen d'heures supplémentaires ou complémentaires rémunérées effectuées (pour ceux qui en font)	Rémunération moyenne brute par heure supplémentaire	Rémunération moyenne brute annuelle des heures supplémentaires	Gain annuel avec une exonération des cotisations salariales au taux de 11,31%
Ensemble	35 998	109	16,0	1 756	199
Industrie	40 346	97	16,8	1 626	184
Construction	32 801	131	17,1	2 244	254
Tertiaire	35 243	111	15,5	1 722	195
Commerce, réparation d'automobiles et de motocycles	32 930	98	15,7	1 539	174
Transports et entreposage	34 809	148	14,9	2 208	250
Hébergement et restauration	25 600	150	12,6	1 890	214
Information et communication	51 454	97	23,1	2 243	254
Activités financières et d'assurance ; activités immobilières	46 394	74	19,0	1 407	159
Activités scientifiques et techniques ; services administratifs et de soutien	36 007	106	16,2	1 710	193
Enseignement, santé, action sociale, activités récréatives	29 071	72	15,3	1 106	125

Sources : calculs DSS à partir de données DARES 2015

Le gain net par salarié correspond au taux d'exonération et est donc, pour un salarié non-cadre du secteur privé, de 11,3 % de la rémunération brute de son heure supplémentaire.

Le gain étant proportionnel à la rémunération versée au titre des heures supplémentaires, ce sont les salariés appartenant au décile supérieur de la distribution des salaires qui bénéficieront le plus, en terme de gain net par salarié, de la mesure.

Sur la base d'une moyenne de 109 heures supplémentaires effectuées par an, le gain annuel pour un salarié au SMIC est de 155 € par an. Pour un salarié à 1,8 SMIC, il est de 279 €.

				Gain par heure supplémentaire effectuée	Gain annuel pour 109 heures supplémentaires effectuées
Statut du salarié	Salaires horaires brut de base	Rémunération brute d'une heure supplémentaire (taux de majoration de 25%)	Taux d'exonération salariale	Gain net pour le salarié	Gain net pour le salarié
Non cadre	1 SMIC : 10,05€	12,56	11,31%	1,42 €	154,9 €
Non cadre	1,5 SMIC : 15,08€	18,84	11,31%	2,13 €	232,3 €
Non cadre	1,8 SMIC : 18,09€	22,61	11,31%	2,56 €	278,8 €
Cadre	2,2 SMIC : 22,11€	27,64	11,33%	3,13 €	341,4 €
Cadre	3 SMIC : 30,15€	37,69	11,17%	4,21 €	458,7 €
Cadre	3,5 SMIC : 35,18€	43,97	11,04%	4,85 €	529,1 €

• Pour les actifs du secteur public

Le taux de recours aux heures supplémentaires est sensiblement moins élevé dans la fonction publique que dans le secteur privé. Des différences sensibles existent en fonction du versant considéré (fonction publique territoriale, hospitalière, d'État), mais également au sein de chaque versant.

Dans la fonction publique d'État, le taux de recours pour les fonctionnaires est de 30 % et de 7 % pour les contractuels ; il est de 21 % au global. Mais ce taux est sensiblement plus élevé pour certains corps : ainsi, 84 % des professeurs certifiés et 100 % des professeurs agrégés font des heures supplémentaires ou complémentaires. La rémunération moyenne de ces heures est en moyenne de 1 008 € par an, mais là encore avec de fortes disparités : 25 % des agents faisant des heures supplémentaires en percevaient moins de 543 € et 25 % plus de 3 022 €.

Dans la fonction publique hospitalière, le taux de recours global est estimé à 22 %. Dans certaines professions, les rémunérations annuelles provenant d'heures supplémentaires représentent des montants relativement importants, par exemple pour les infirmiers anesthésistes (3 896 € en moyenne) ou les infirmiers en bloc opératoire (3 102 € en moyenne).

Dans la fonction publique territoriale, le taux de recours global est estimé à 33 %, avec une moyenne de 21 heures supplémentaires par an. Une fois encore, ces chiffres diffèrent sensiblement entre corps : parmi les professions effectuant le plus d'heures supplémentaires, la police municipale se distingue avec 96 heures supplémentaires par an en moyenne.

Le gain net annuel par agent dépend des cotisations qui sont exonérées. Pour les fonctionnaires, qui ne sont pas soumis aux cotisations sociales de base sur la rémunération de leurs heures supplémentaires, l'exonération ne porterait que sur la cotisation au régime de retraite additionnel de la fonction publique, ce qui représente 5 % de la

rémunération. Pour les contractuels, l'exonération porterait sur les cotisations de retraite de base et complémentaire (IRCANTEC), soit 10,1 % pour une rémunération inférieure au plafond de la sécurité sociale. Le tableau ci-dessous fournit quelques cas-typés pour la fonction publique d'État :

				Gain mensuel	Gain annuel
Statut de l'agent	Traitement indiciaire brut mensuel	dont heures supplémentaires	Taux d'exonération	Gain net pour le salarié	Gain net pour le salarié
Professeur certifié de classe normale - 7e échelon	2 706 €	188,00	5,00%	9,40 €	112,8 €
Professeur des écoles de classe normale - 7e échelon	2 717 €	200,00	5,00%	10,00 €	120,0 €
Gardien de la paix- 7e échelon	2 906 €	312,00	5,00%	15,60 €	187,2 €
Surveillant brigadier	3 172 €	206,00	5,00%	10,30 €	123,6 €
Contractuel	2 650 €	255,00	10,10%	25,76 €	309,1 €
Contractuel	1 557 €	113,00	10,10%	11,41 €	137,0 €

b) impacts sociaux

- *Impact sur les jeunes*

Sans objet.

- *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

La mesure n'aura aucun impact sur les droits sociaux des assurés, puisqu'il s'agit d'une exonération de cotisation et pas d'une suppression de l'assujettissement des heures supplémentaires aux cotisations de sécurité sociale. La branche vieillesse sera donc compensée à ce titre, selon des modalités qui seront définies dans le cadre de la mesure RT 01.

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

Cette mesure aura des impacts sur la branche recouvrement du régime général, sur les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) et sur la CNRACL.

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

La mesure devra être gérée dans le cadre des moyens dont disposent déjà les organismes.

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

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

La mesure nécessitera un ou plusieurs décrets d'application pour sa mise en œuvre. Ces décrets devront être pris avant l'entrée en vigueur de la mesure au 1^{er} septembre 2019.

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

La mesure sera mise en œuvre à compter du 1er septembre 2019, sans mesure transitoire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information sera réalisée par le biais des régimes concernés, sous le forme de documents de communication (site urssaf.fr notamment).

d) Suivi de la mise en œuvre

Le dispositif sera notamment suivi par la branche du recouvrement et dans le cadre de l'annexe 5 du PLFSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 241-17 rétabli du code de la sécurité sociale
	I.- Ouvrent droit à une réduction des cotisations salariales d'origine légale mentionnées à l'article L. 241-3 : 1° Les rémunérations versées aux salariés au titre des heures supplémentaires de travail définies aux articles L. 3121-28 à L. 3121-39 du code du travail et, pour les salariés ayant conclu la convention de forfait annuel en heures prévue au deuxième alinéa de l'article L. 3121-56 du même code, des heures effectuées au-delà de 1 607 heures ; 2° Les rémunérations versées au titre des heures mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3123-2 du même code ; 3° Les rémunérations versées au titre des heures supplémentaires mentionnés à l'article L. 3121-41 du même code, à l'exception des heures effectuées en-deçà de 1 607 heures lorsque la durée annuelle fixée par l'accord mentionné à cet article est inférieure à ce niveau ; 4° La majoration de rémunération versée aux salariés ayant conclu la convention de forfait annuel en jours prévue à l'article L. 3121-58 du même code, en contrepartie de la renonciation, au-delà de la limite du nombre de jours fixée en application du 3° du I de l'article L. 3121-64 du code du travail, à des jours de repos dans les conditions prévues à l'article L. 3121-59 du même code ; 5° Les rémunérations versés aux salariés à temps partiel au titre des heures complémentaires de travail accomplies en application des articles L. 3123-8, L. 3123-9, L. 3123-20 et L. 3123-21, du dernier alinéa de l'article L. 3123-22 et aux articles L. 3123-28 et L. 3123-29 du même code ; 6° Les rémunérations versés aux salariés des particuliers employeurs au titre des heures supplémentaires qu'ils réalisent ; 7° Les rémunérations versés aux assistants maternels définis à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles au titre des heures supplémentaires qu'ils accomplissent au-delà d'une durée hebdomadaire de quarante-cinq heures, ainsi que les salaires qui leur sont versés au titre des heures complémentaires accomplies au sens de la convention collective nationale qui leur est applicable ; 8° Les rémunérations versées aux autres salariés dont la durée du travail ne relève pas des dispositions du titre II du livre Ier de la troisième partie du code du travail ou du chapitre III du titre Ier du livre VII du code rural et de la pêche maritime au titre des heures supplémentaires ou complémentaires de travail qu'ils effectuent ou, dans le cadre de conventions de forfait

	en jours, les salaires versés en contrepartie des jours de repos auxquels les salariés auront renoncé au-delà du plafond de deux cent dix-huit jours. II.- Le montant de la réduction, prévue au I, de cotisations salariales d'origine légale mentionnées à l'article L. 241-3 du présent code est égal au produit d'un taux fixé par décret et des rémunérations mentionnées au même I, dans la limite des cotisations d'origine légale et conventionnelle dont le salarié est redevable au titre des heures concernées. Elle est imputée sur le montant des cotisations salariales d'origine légale mentionnées à l'article L. 241-3 dues pour chaque salarié concerné au titre de l'ensemble de sa rémunération définie à l'article L. 242-1 pour les périodes au titre desquelles elle est attribuée et ne peut dépasser ce montant. III.- Le I et le II sont également applicables, selon des modalités prévues par décret : 1° Aux éléments de rémunération versés aux agents publics titulaires et non titulaires au titre des heures supplémentaires qu'ils réalisent ou du temps de travail additionnel effectif ; 2° A la rémunération des heures supplémentaires ou complémentaires effectuées par les salariés relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1. IV- La réduction prévue au I s'applique : 1° Aux rémunérations mentionnées au I et, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, dans la limite : a) Des taux prévus par la convention ou accord collectif applicable mentionné au I de l'article L. 3121-33 du code du travail s'agissant des heures supplémentaires et à l'article L. 3123-21 ou au dernier alinéa de l'article L. 3123-22 du même code s'agissant des heures complémentaires ; b) A défaut d'une telle convention ou d'un tel accord : - pour les heures supplémentaires, des taux de 25 % ou 50 % prévus, selon les cas, à l'article L. 3121-36 du même code ; - pour les heures complémentaires, du taux de 10 % ou 25 % prévus, selon les cas, au dernier alinéa de l'article L. 3123-22 et à l'article L. 3123-29 du code du travail ; 2° Aux éléments de rémunération mentionnés au 1° du III dans la limite des dispositions applicables aux agents concernés. V.- Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque les salaires ou éléments de rémunération qui y sont mentionnés se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens de l'article L.242-1, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement des salaires ou éléments de rémunération précités. » VI.- Le cumul de la réduction prévue au présent article avec l'application d'une exonération totale ou partielle de cotisations salariales de sécurité sociale ou avec l'application de taux réduits, d'assiettes forfaitaires ou de montants forfaitaires de cotisations

	ne peut être autorisé, dans la limite mentionnée au premier alinéa du I, que dans des conditions fixées par décret, compte tenu du niveau des cotisations dont sont redevables les salariés concernés.
Article L. 241-18 du code de la sécurité sociale	Article L. 241-18 modifié du code de la sécurité sociale
I.-Dans les entreprises employant moins de vingt salariés, toute heure supplémentaire effectuée par les salariés mentionnés au II de l'article L. 241-13 ouvre droit à une déduction forfaitaire des cotisations patronales à hauteur d'un montant fixé par décret. La déduction s'applique : 1° Au titre des heures supplémentaires définies aux articles L. 3121-28 à L. 3121-39 du code du travail ; 2° Pour les salariés relevant de conventions de forfait en heures sur l'année prévues à l'article L. 3121-56 du même code, au titre des heures effectuées au-delà de 1 607 heures ; 3° Au titre des heures effectuées en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3123-2 du même code ; 4° Au titre des heures supplémentaires mentionnées à l'article L. 3121-41 du même code, à l'exception des heures effectuées entre 1 607 heures et la durée annuelle fixée par l'accord lorsqu'elle lui est inférieure. (...)	I.-Dans les entreprises employant moins de vingt salariés, toute heure supplémentaire effectuée par les salariés mentionnés au II de l'article L. 241-13 ouvre droit à une déduction forfaitaire des cotisations patronales à hauteur d'un montant fixé par décret. ~~La déduction s'applique :~~ ~~1° Au titre des heures supplémentaires définies aux articles L. 3121-28 à L. 3121-39 du code du travail ;~~ ~~2° Pour les salariés relevant de conventions de forfait en heures sur l'année prévues à l'article L. 3121-56 du même code, au titre des heures effectuées au-delà de 1 607 heures ;~~ ~~3° Au titre des heures effectuées en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3123-2 du même code ;~~ ~~4° Au titre des heures supplémentaires mentionnées à l'article L. 3121-41 du même code, à l'exception des heures effectuées entre 1 607 heures et la durée annuelle fixée par l'accord lorsqu'elle lui est inférieure.~~ La réduction s'applique au titre des heures mentionnées aux 1° à 3° du I de l'article L. 241-17. (...)
Article L. 741-15 du code rural et de la pêche maritime	Article L. 741-15 modifié du code rural et de la pêche maritime
Les dispositions des articles L. 241-13, L. 241-18 et L. 242-4-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux cotisations dues au titre des salariés agricoles.	Les dispositions des articles L. 241-13, L. 241-17 et L. 242-4-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux cotisations dues au titre des salariés agricoles.

Article 8 - Mise en oeuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs

I. Présentation de la mesure d'entrée en vigueur en deux temps des allègements renforcés

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

Telle que votée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en réduction de cotisations sociales employeur prévoit, pour les rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2019 :

- la réduction des cotisations d'assurance maladie de 6 points pour les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC, ce qui conduit à réduire à due concurrence, soit de 13 à 7 %, le taux des cotisations d'assurance maladie restant dues pour ces rémunérations et faisant l'objet d'une exonération dans le cadre des allègements généraux sur les bas salaires. Sur un champ¹ excluant les exonérations spécifiques, le coût de ce renforcement est évalué à environ 21,5 Md€.
- l'intégration de cotisations supplémentaires dans le champ des allègements généraux pour non seulement compenser cet effet d'éviction et assurer une compensation effective de la suppression du CICE et du CITS, mais également pour renforcer ces allègements. Cela représente 10,06 points de cotisations, cotisations sociales patronales chômage (4,05 %) et retraite complémentaire (6,01 % compte tenu de la réforme au 1^{er} janvier 2019). Sur un champ¹ excluant les exonérations spécifiques, le coût de ce renforcement est évalué à environ 3,5 Md€.

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

a) Mesure proposée

Le présent article modifie le calendrier d'entrée en vigueur de l'élargissement des allègements généraux fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, tout en maintenant l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier de l'intégration des cotisations de retraite complémentaire dans le calcul des allègements généraux. Par exception, certaines rémunérations pourront faire l'objet du renforcement des allègements généraux dès le 1^{er} janvier 2019, notamment pour certaines rémunérations ayant actuellement le bénéfice d'exonérations spécifiques, mais aussi pour des salariés d'entreprises établies en Outre-mer ou travaillant dans des exploitations agricoles.

La modalité de mise en œuvre retenue est un relèvement du coefficient maximal des allègements généraux en deux temps, au 1^{er} janvier puis au 1^{er} octobre. Pour l'année 2019, deux coefficients de réduction devront donc être définis, l'un couvrant la période allant de janvier à septembre, l'autre la période d'octobre à décembre. Le coefficient maximal d'exonération sera de 28,55% au 1^{er} janvier puis de 32,60% au 1^{er} octobre. En pratique, il s'agira d'appliquer ces deux coefficients d'exonérations différents aux rémunérations correspondantes en fonction de la période de rattachement des salaires, sous réserve que le montant global de la rémunération annuelle respecte la limite de 1,6 SMIC.

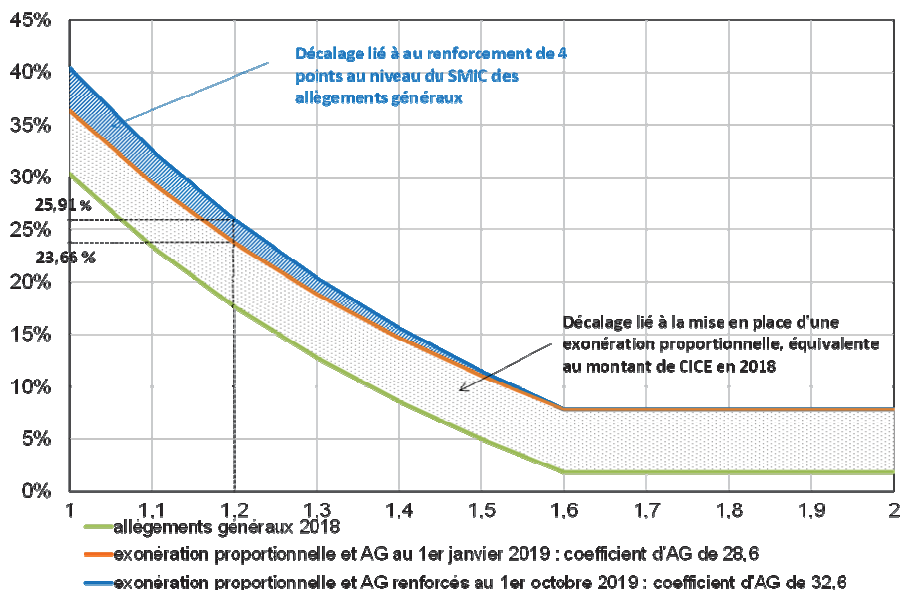
Concrètement, pour chaque salarié, les employeurs détermineront le montant de leur exonération de cotisation en deux temps (cf. graphique ci-dessous) :

- le montant annuel de la rémunération sera rapporté au montant du SMIC (1,2 SMIC dans l'exemple ci-dessous) ;
- deux taux d'exonération pourront ainsi être calculés pour les rémunérations comprises entre 1 et 1,6 SMIC et seront respectivement appliqués à la fraction de la rémunération versée entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre (23,66 % dans l'exemple ci-dessous) et à la fraction versée entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre (25,91 %).

Dans les faits, cela se traduira par l'application d'une réduction constante sur toute l'année (correspondant au coefficient de 23,66 %), et d'une réduction supplémentaire pour les seules rémunérations versées entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre.

¹ Champ Acoess et MSA.

Exemple de calcul du taux d'exonération 2019 dans le cas d'une entrée en vigueur en deux temps du renforcement des allègements généraux



Note : le schéma présente les taux d'exonération de cotisations sociales employeurs suite à la réforme, pour des rémunérations allant de 1 à 2 SMIC
Source : DSS

b) Autres options possibles

Néant

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

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

4. Possibilité de codification

Néant

5. Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

6. Application de la mesure envisagée dans les collectivités d’outre-mer

Départements et Régions d’Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable (y compris avec mesure spécifique)
Mayotte	Mesure non applicable
Collectivités d’Outre-mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable (y compris avec mesure spécifique)
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

II. Présentation de la mesure relative à la bascule des exonérations dans le secteur de l’alternance et de l’apprentissage

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

Les contrats de formation en alternance (contrat d’apprentissage et de professionnalisation) bénéficient de dispositifs spécifiques d’exonération de cotisations sociales, historiquement plus avantageux que les dispositifs de droit commun d’allègements de cotisations sur les bas salaires.

Toutefois, la suppression du CICE et son remplacement par la réduction du taux de cotisation d’assurance maladie de 6 points pour les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC ainsi que le renforcement des allègements généraux allant jusqu’à 10 points au niveau du SMIC rendront le droit commun plus avantageux que les exonérations spécifiques liées aux contrats de formation en alternance, notamment au niveau du SMIC (cf. tableau 2). Cette réforme invite ainsi à simplifier et rendre plus lisible la législation sociale concernant ces exonérations, tout en prenant en compte les conséquences de la réforme de l’apprentissage mise en œuvre par la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

À l’heure actuelle, les contrats d’apprentissage bénéficient d’un régime social relativement complexe. Les employeurs de moins de 11 salariés bénéficient d’une exonération totale de contributions et cotisations patronales hors cotisation accidents du travail/maladie professionnelle. Les employeurs ayant au moins 11 salariés bénéficient d’une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale. Les salariés en contrat d’apprentissage bénéficient d’une exonération de cotisations et contributions salariales et ne sont pas assujetties à la CSG/CRDS. Le salaire brut est donc égal au salaire net.

De plus, les cotisations et contributions dues par l’employeur ou l’apprenti sont par ailleurs calculées sur une base forfaitaire égale à 151,67 fois la rémunération horaire minimale légale, exprimée en pourcentage du SMIC (en fonction de l’année d’apprentissage et de l’âge de l’apprenti), ce pourcentage étant abattu de 11 points en métropole, et de 20 points dans les départements d’outre-mer. Ainsi, pour un apprenti dont la rémunération minimale est de 25 % du SMIC, l’assiette est de 14 % (soit 25 %-11 %) du SMIC en métropole ; dans les départements d’outre-mer, l’assiette est de 5 %. Cet abattement d’assiette ne s’applique pas, depuis 2014, au calcul des cotisations d’assurance vieillesse de base qui sont calculées sur la base de la rémunération réelle afin de ne pas réduire les salaires pris en compte pour le calcul de la pension, ce qui aurait pour conséquence de diminuer les droits à la retraite des apprentis.

Tableau 1 : Rémunération minimale en fonction de l'âge de l'apprenti et de de l'année d'apprentissage et assiettes forfaitaires (en pourcentage du SMIC)

	Avant 18 ans	De 18 à 20 ans	21 ans et plus
1ère année d'apprentissage			
Rémunération minimale	25%	41%	53%
Assiette des cotisations	14%	30%	42%
2ème année d'apprentissage			
Rémunération	37%	49%	61%
Assiette des cotisations	26%	38%	50%
3ème année d'apprentissage			
Rémunération	53%	65%	78%
Assiette des cotisations	42%	54%	67%

Tableau 2 : Comparaison des taux d'exonérations applicables aux contrats d'apprentissage /allègements généraux au 1^{er} janvier 2019.

	Apprentis		Salariés
	Moins de 11 salariés	11 salariés et plus	AG 2019
Maladie (13%)	exonérée	exonérée	exonérée
Famille (5,25%)	exonérée	exonérée	exonérée
Vieillesse (10,45 %)	exonérées	exonérées	exonérées
AT-MP (variable)	non exonérée	non exonérée	en partie exonérée (0,84%)
FNAL (0,10% - 0,50%)	exonérée	non exonérée	exonérée
CSA (0,30 %)	exonérée	non exonérée	exonérée
AGIRC-ARRCO & AGFF (5,85%)	exonérées	non exonérée	exonérées
Chômage (4,05 %)	exonérée	non exonérée	exonérée
AGS (0,15 %)	exonérée	non exonérée	non exonérée
VT (var.)	non assujettis	non exonérée	non exonérée
Effort de const° (0,45 %)	non assujettis	non exonérée	non exonérée
Dialogue social (0,016%)	exonérée	non exonérée	non exonérée
TAUX d'exonération (cot° et contrib° exonérées, non assujetties)	39,16 % sur 40,06% (exonération totale hors AT-MP)	28,7% sur 42,5 %	40,24% sur 42,5 %

Par ailleurs, la loi 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel donne compétence aux branches professionnelles pour fixer le coût des contrats d'apprentissage (comme c'est déjà le cas pour ceux des contrats de professionnalisation actuellement). Outre les gains pour les employeurs, l'alignement des exonérations permettra aux branches professionnelles une comparaison plus aisée des coûts globaux de ces contrats et ainsi de mieux fixer leur prise en charge.

Les contrats de professionnalisation signés par des demandeurs d'emplois de plus de 45 ans bénéficient d'un allègement de cotisations patronales de sécurité sociale à l'exception des cotisations AT-MP. Pour les contrats de professionnalisation de salariés recrutés par les groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ), l'exonération des cotisations patronales d'AT-MP sur la part de la rémunération inférieure ou égale à 1 SMIC mensuel est applicable pour les demandeurs d'emploi de plus de 45 ans et les jeunes de moins de 26 ans. L'avantage offert par ce dispositif d'exonération sera donc moindre que celui conféré par les allègements généraux renforcés.

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

a) Mesure proposée :

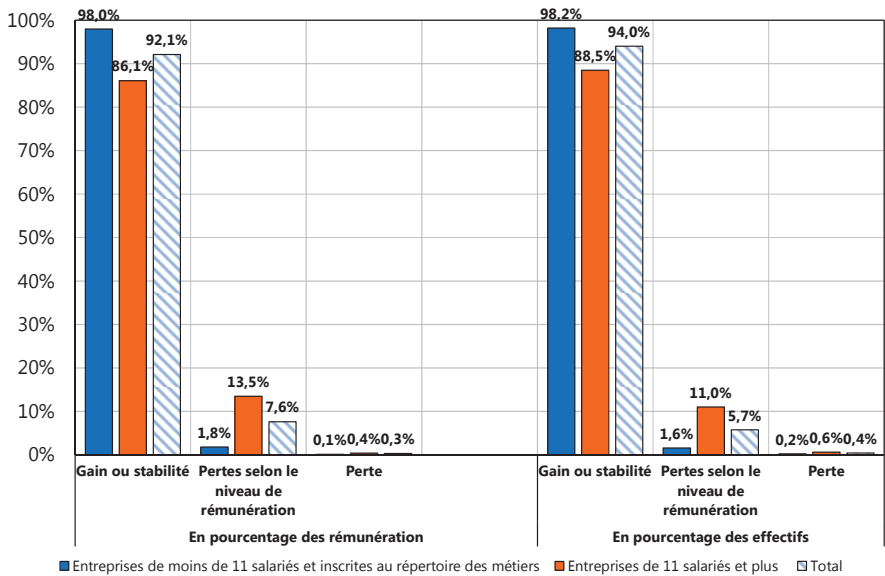
• Pour les contrats d'apprentissage

La mesure vise à supprimer les allègements spécifiques de cotisations patronales dont bénéficient les employeurs de contrats d'apprentissage pour leur faire bénéficier des allègements généraux renforcés à compter du 1^{er} janvier 2019. L'abattement forfaitaire de 11 points des cotisations sociales, qui ne procure pas d'avantage supplémentaire dans la mesure où les cotisations sont en tout état de cause exonérées, sera supprimé afin de rationaliser le dispositif et de permettre l'ouverture des droits sur la base du salaire réel. De plus, la mesure permet de mettre fin à l'effet de seuil existant au niveau de 11 salariés.

L'assiette des cotisations et contributions sociales et celle de l'exonération seront ainsi identiques et correspondront à la rémunération réelle versée aux apprentis, en conformité avec l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Sans incidence pour l'employeur, cette suppression de l'assiette forfaitaire sera plus protectrice pour les apprentis car elle permet d'ouvrir les droits sociaux sur la rémunération réellement perçue. Du fait de cette modification de l'assiette de calcul des cotisations et contributions, la non compensation par l'État de la part des cotisations d'assurance vieillesse correspondant à la différence entre les cotisations calculées sur la base de la rémunération forfaitaire minimale et celles calculées sur la rémunération réelle de l'apprenti sera supprimée.

Les effets présentés ci-dessous prennent en compte l'augmentation de 2 points de la grille de rémunération prévue dans le cadre des 20 mesures pour transformer l'apprentissage présentées le 9 février 2018 par le Gouvernement. Comme indiqué dans le graphique, pour 94 % des contrats (92,1 % de l'assiette), le passage aux allègements généraux se traduira soit par un montant d'exonération identique à la situation antérieure (pour les entreprises de moins de 11 salariés) soit par un gain (pour les entreprises de 11 salariés et plus). Parmi les entreprises de moins de 11 salariés, seules celles dont les apprentis sont rémunérés au-delà de 1 SMIC seraient perdantes, soit 1,8 % d'entre elles. Enfin, 0,3 % des contrats, correspondant aux salariés rémunérés au-delà de 1,6 SMIC ne bénéficieraient plus des exonérations (ils conserveront toutefois la baisse du taux famille et maladie).

Graphique 1 : Répartition (par assiette de cotisations et par nombre de contrats) des gagnants et des perdants du passage aux exonérations de droit commun renforcées



Source : Données ACOSS 2016, Calculs : DSS

Par ailleurs, la refonte des diverses aides à l'apprentissage (crédit d'impôt, aide au recrutement d'un apprenti, aide TPE pour les apprentis...) de niveau variable et reposant sur des critères différents en une aide unique, prévue par la loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, permet de renforcer l'attractivité du recours à l'apprentissage pour les entreprises de moins de 250 salariés sur les premiers niveaux de qualification. Le

Gouvernement a présenté les contours de cette aide dans le cadre du plan de modernisation de l'apprentissage et a indiqué que le niveau d'aide pourrait être de 6 000 € pour un contrat d'une durée de deux ans (contre en moyenne 4 000€ pour un contrat de deux ans : cf. l'étude d'impact du projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel). Le cumul des mesures relatives au régime d'exonération des contrats d'apprentissage des aides versées aux employeurs d'apprentis permettent de renforcer l'incitation à recruter des apprentis.

Les exonérations de cotisations salariales et le non-assujettissement à la CSG et à la CRDS sont maintenus pour les apprentis. Néanmoins, l'ouverture des contrats d'apprentissage aux personnes âgées de 29 ans révolus au moment de la signature du contrat d'apprentissage (contre 25 ans actuellement) prévue par la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel nécessite d'encadrer cette exonération. La création d'une nouvelle catégorie d'apprentis rémunérés au moins au niveau du SMIC n'est pas compatible avec le maintien des exonérations salariales. En effet, si la rémunération d'un apprenti au SMIC était exonérée totalement de cotisations salariales ainsi que de CSG et CRDS la rémunération mensuelle nette correspondante serait supérieure de 310 €, soit plus de 25 %, à celle d'un salarié de droit commun rémunéré au SMIC.

Afin de limiter l'écart de rémunération nette entre un apprenti et un salarié de droit commun bénéficiant de la même rémunération contractuelle, les exonérations de cotisations salariales seront plafonnées au niveau correspondant aux cotisations dues pour une rémunération nette équivalente à 78 % SMIC (le non assujettissement à la CSG et à la CRDS demeure). Ainsi, seule la part de rémunération excédant 78 % du SMIC serait assujettie aux cotisations sociales.

Cette mesure sera sans effet pour environ 90 % des contrats d'apprentissage, 98 % dans les entreprises de moins de 11 salariés.

L'application des allègements généraux en lieu et place des exonérations actuelles ne concernera pas les employeurs du secteur public qui recrutent des jeunes en contrat d'apprentissage (29 400 apprentis selon les données ACOSS 2016). Ces employeurs, actuellement exclus du champ d'application des allègements généraux, continueront de bénéficier du régime d'exonération spécifique actuellement en vigueur.

• Pour les contrats de professionnalisation

Il est proposé de supprimer le régime résiduel d'exonération spécifique de cotisation patronale lié à ces contrats, ce dernier étant, dans une majorité de cas, moins attractif que les allègements généraux.

b) Autres options possibles.

Le régime d'exonération spécifique aurait pu être maintenu, néanmoins l'avantage procuré par rapport aux allègements renforcés serait moindre qu'auparavant, voire nul.

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

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

4. Possibilité de codification

Les dispositions du code du travail relatives aux exonérations des contrats d'apprentissage (L. 6243-2 et L. 6243-3) et aux contrats d'apprentissage dans le secteur public (L. 6227-8 à L. 6227-9), sont modifiées.

5. Abrogation de dispositions obsolètes

Les articles L. 6327-12 à L. 6327-22 du code du travail relatifs aux exonérations applicables aux contrats de professionnalisation sont abrogés.

6. Application de la mesure envisagée dans les collectivités d’outre-mer

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

III. Présentation de la mesure relative à la bascule des exonérations applicables au secteur de l’insertion par l’activité économique et à certains contrats aidés

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

a) Exonérations applicables aux structures d’insertion par l’activité économique

Le secteur de l’insertion par l’activité économique (SIAE) est composé de quatre types de structures employant plus de 132 000 salariés :

- deux types de structures dites de production :
 - o les entreprises d’insertion (EI – 13 600 salariés) ;
 - o les ateliers et chantiers d’insertion (ACI – 48 900 salariés) ;
- deux types de structures de mise à disposition :
 - o les entreprises de travail temporaire d’insertion (ETTI – 13 300 salariés) ;
 - o les associations intermédiaires (AI – 56 500 salariés).

Si les EI, ETTI et AI interviennent sur le secteur marchand au profit des entreprises ou des particuliers (services à la personne pour les AI), les ateliers et chantiers d’insertion (ACI) interviennent quant à eux sur des besoins non satisfaits dans le secteur non-marchand (collectivités locales, organismes à but non lucratif, Office National des Forêts).

Faisant notamment suite à la remise d’un rapport de l’inspection générale des finances et de l’inspection générale des affaires sociales, une réforme du financement de l’Insertion par l’activité économique (IAE) a été entreprise en 2013 dans un objectif de simplification des modes de financement, de consolidation des structures de l’IAE et de meilleure efficacité en direction des publics en insertion. Cette réforme s’est notamment traduite en 2014 par la généralisation de l’aide au poste¹, qui devient la seule modalité de financement se substituant aux aides existantes.

Cependant, malgré cet effort d’harmonisation du financement des structures du secteur de l’IAE, les dispositifs d’exonération de cotisations et contributions sociales applicables au secteur, pour lesquels le rapport des inspections précité préconisait également une harmonisation, diffèrent toujours fortement selon les structures :

Type de structure	Entreprise d’insertion (EI)	Entreprise de travail temporaire d’insertion (ETTI)	Association intermédiaire (AI)	Atelier et chantier d’insertion (ACI)
Exonérations sociales applicables	Allègements généraux	Allègements généraux	Exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale, hors ATMP, dans la limite de 750 h par an	Exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale, hors ATMP, dans la limite de 1 SMIC

En effet, pour les ACI, l’article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a maintenu un dispositif d’exonération pour les CDDI (contrats à durée déterminée d’insertion) désormais conclus dans ces structures. Cette exonération est comparable à celle dont les ACI bénéficiaient pour l’emploi des personnes en contrats uniques d’insertion (CUI-CAE), à savoir une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale (hors AT-MP) sur la partie de la rémunération n’excédant pas le SMIC, quelle que soit la rémunération considérée. En outre, les ACI sont exonérés de la taxe d’apprentissage, de la taxe sur les salaires et de la participation au titre de l’effort de construction.

¹ Le montant socle de l’aide au poste pour les AI et les ACI est respectivement de 1 347 € et 19 897 €, auquel s’ajoute un montant modulé pouvant aller jusqu’à 10 % du montant socle.

Pour les AI, une exonération spécifique de cotisations patronales de sécurité sociale (hors AT-MP) est appliquée dans la limite de 750 heures par salarié et par an, sans plafond de rémunération. De plus, les AI, quel que soit leur effectif, ne sont pas redevables des contributions au FNAL, ni de la contribution au versement transport (art. L. 2333-64 du code général des collectivités territoriales), ni de la taxe d'apprentissage.

	Cotisations et contributions patronales exonérées pour les AI (dans la limite de 750h par salarié et par an)	Cotisations et contributions patronales exonérées pour les ACI (pour les rémunérations n'excédant pas le SMIC)
Maladie	13,00%	
Vieillesse déplafonnée	1,90%	
Vieillesse plafonnée	8,55%	
Allocations familiales	3,45%	
+ réduction de 1,8 point AF	1,80%	
AT-MP	Non exonérée	
Total des cotisations patronales de sécurité sociale exonérées	28,70%	
Taxe d'apprentissage	0,68%	
FNAL	0,1% ou 0,5% selon la taille de l'entreprise	Non exonérée
VT*	1,65%*	Non exonérée
Effort de construction	Non exonérée	0,45%
Taxe sur les salaires**	Non exonérée	5,92%**
Taux maximum d'exonération	31,13% ou 31,53% selon la taille de l'entreprise	35,75%

* *taux moyen VT*

** *taux de la TS pour un salarié à temps partiel d'une durée de 25h rémunéré au niveau du SMIC*

Source : DSS

Le montant des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale (taux de 28,70%) pour les ACI, compensé par le budget de l'État, est estimé à 137 M€ pour 2019. Les exonérations de taxe d'apprentissage, ainsi que la participation à l'effort de construction, représenteraient quant à elles un montant de 5 M€, soit un total de 142 M€ (hors CICE).

Pour les AI, le montant des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale pour 2019 est estimé à 86 M€, auquel on peut ajouter 6 M€ au titre des exonérations de contribution au FNAL et de versement transport et 2 M€ au titre de la taxe d'apprentissage, soit un total de 94 M€ (hors crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires - CITS).

Enfin, les dispositions relatives à la taxe sur les salaires entre les AI et les ACI diffèrent fortement en droit mais aboutissent en pratique à une situation souvent similaire : si les AI, à la différence des ACI, ne bénéficient pas d'une exonération pour les salariés en insertion, elles bénéficient en revanche de l'abattement annuel de produit de taxe sur les salaires de 20 507 € au même titre que toute structure associative. Aussi, à l'exception de seuls cas limités d'AI employant plus d'une centaine de salariés en insertion (en tenant compte de la durée moyenne du travail estimée à 500 heures annuelle) et en situation de devoir payer effectivement la taxe sur les salaires au titre des salariés en insertion, ces structures ne s'acquittent de fait pas de taxe sur les salaires¹. Leur situation est donc très proche de celle des ACI.

▪ L'impact de la suppression du CICE et du CITS pour les SIAE

Sauf dans des cas a priori théoriques², les ACI intervenant principalement dans le secteur non-marchand ne sont pas soumises à l'impôt sur les sociétés ou sur le revenu, et ne bénéficient donc pas du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE).

Les AI sont quant à elles potentiellement redevables de la taxe sur les salaires à un taux de 4,25 % pour les rémunérations des salariés en insertion (taux en vigueur pour les rémunérations annuelles inférieures à 7 799 €, hypothèse qu'il convient de retenir compte tenu du nombre d'heures annuelles effectuées en moyenne par chaque salarié) et peuvent ainsi bénéficier du CITS. Cependant, comme cela a été expliqué précédemment, l'abattement

¹ En 2014, seules 122 AI étaient ainsi redevables de la taxe sur les salaires après application de l'abattement pour le secteur associatif, pour un montant de taxe nette due de 2 M€. Il peut donc être considéré que seules ces AI, ayant une masse salariale suffisamment importante pour être redevable de la taxe sur les salaires après abattement, vont connaître une perte, avec la suppression du CITS, pouvant aller jusqu'à 4% de la masse salariale.

² En droit, les CDDI signés dans les ACI pourraient éventuellement être assujettis à l'impôt sur les sociétés et donner lieu au CICE, lorsque les salariés exercent des activités dans les mêmes conditions que les entreprises du secteur marchand, mais cette possibilité n'est que théorique au regard des publics accueillis dans ces structures.

permet de compenser pour la grande majorité d'entre elles le coût de la taxe sur les salaires. Le montant du CITS est ainsi estimé à 1 M€.

En tout état de cause, la suppression du CITS au taux de 4 % au profit d'une baisse du taux de cotisation maladie de 6 points et du renforcement des allègements généraux se traduit par un gain net très important pour les structures d'insertion par l'activité économique.

b) Exonérations applicables à certains contrats aidés (CUI-CAE)

Les contrats aidés, déclinés sous la forme de contrat unique d'insertion – contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE) dans le secteur non marchand et qui s'inscrivent, depuis 2018, dans le cadre des parcours emploi compétence (PEC), ouvrent droit, sur la part de la rémunération inférieure ou égale au SMIC, à une exonération des cotisations patronales de sécurité sociale (hors AT-MP), de la participation à l'effort de construction, de la taxe d'apprentissage et de la taxe sur les salaires¹. Ces exonérations sont applicables pendant la durée d'attribution de l'aide versée par l'État à l'employeur en contrepartie des engagements de l'employeur sur des actions d'accompagnement et de formation.

	Cotisations et contributions patronales exonérées CUI-CAE (au niveau du SMIC)
Maladie	13,00%
Vieillesse déplafonnée	1,90%
Vieillesse plafonnée	8,55%
Allocations familiales	3,45%
+ réduction de 1,8 point du taux AF	1,80%
AT-MP	Non exonérée
Total des cotisations patronales de sécurité sociale exonérées	28,70%
Taxe d'apprentissage	0,68%
Effort de construction	0,45%
Taxe sur les salaires*	5,85%
Taux maximum d'exonération	35,68%

* taux TS moyen pour un salarié à temps partiel de 24h

Le montant des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale (au taux de 28,70%) est estimé à 553 M€ pour 2019, non compensé par le budget de l'État. Les exonérations de taxe d'apprentissage et de participation à l'effort de construction représentent quant à elles un montant de 10 M€, soit un total de 563 M€ (hors CICE).

L'évaluation des conséquences de la suppression de l'exonération de la taxe sur les salaires dépend de la redevabilité effective de cette taxe. Tout d'abord, seuls sont redevables de la taxe sur les salaires les employeurs dont l'activité n'est pas principalement soumise à TVA, ce qui correspond sans doute à l'essentiel des activités dans le secteur non marchand. Ensuite, lorsque les employeurs relèvent de l'économie sociale et solidaire (leur forme juridique est celle d'une association, d'une fondation ou mutuelle poursuivant un objectif non lucratif), elles bénéficient en tout état de cause de l'abattement de droit commun introduit en 2015. Cet abattement de 20 507 € implique que la suppression de l'exonération spécifique sur les contrats aidés n'aura d'impact que si la TS due au global par l'employeur est supérieure à ce niveau, qui correspond à 15 emplois à temps plein au SMIC (taux moyen de 7 % environ) ou une vingtaine de contrats aidés à 24 h par semaine (taux moyen de 5,8 %). La taxe sur les salaires étant en outre progressive selon la rémunération globale versée dans l'année, il convient d'évaluer séparément l'impact de sa suppression.

▪ **Le CICE dont bénéficient les CUI-CAE**

Les employeurs de CUI-CAE sont principalement des associations, des fondations, des collectivités territoriales (63 %), ainsi que des établissements publics (30 %). Ils peuvent être éligibles au CICE, au titre des rémunérations versées à leurs salariés affectés à des activités lucratives et non exonérées d'impôt sur les sociétés, lorsque ces activités entrent en concurrence avec celles des entreprises du secteur lucratif, en particulier les EI et les ETI, qui appartiennent au secteur marchand et sont soumises quant à elles aux impôts commerciaux.

On estime à environ 23 % la part des activités des CUI-CAE pouvant entrer en concurrence avec celles des EI et des ETI et ainsi donner lieu à du CICE. Il s'agit des activités d'entretien des espaces verts, de production culinaire, d'entretien technique ou encore de nettoyage et propreté industriels, exercées dans le cadre des CUI-CAE conclus avec les associations et les collectivités territoriales.

¹ Les employeurs bénéficient en outre d'une aide au poste dont le montant est fixé régionalement par des arrêtés des préfets de région. Le montant de cette aide ne peut excéder 95 % du montant brut du SMIC par heure travaillée, dans la limite de la durée légale hebdomadaire du travail.

Les activités exercées au sein des établissements publics d'enseignement et de santé participent quant à elles aux missions de service public et aux activités non lucratives de ces organismes (ex : surveillance dans les établissements d'enseignement, activité en tant que professionnel médicotextique) et n'entrent ainsi pas dans le champ de l'impôt sur les sociétés et du CICE.

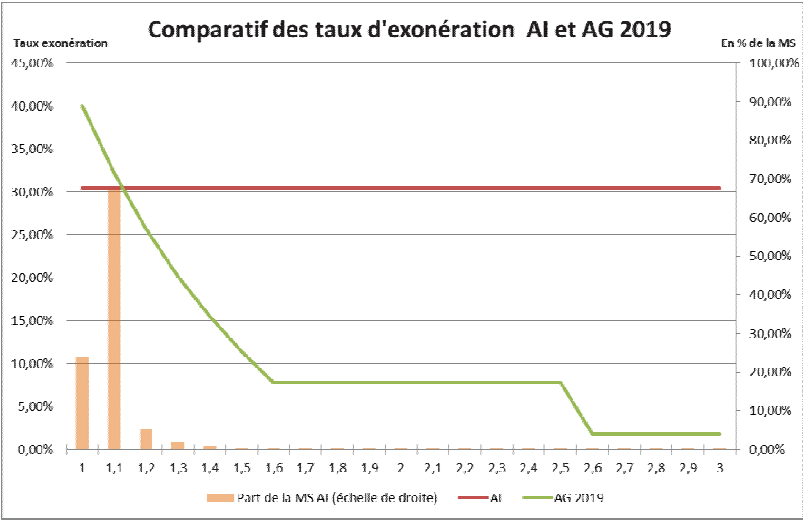
En prenant l'assiette des rémunérations inférieures à 2,5 SMIC (soit l'ensemble des bénéficiaires du CUI-CAE), après déduction des aides financières de l'État (dont le taux moyen de prise en charge est de 50 %), le montant du CICE perçu par ces structures est estimé à 13 M€ pour l'année 2018.

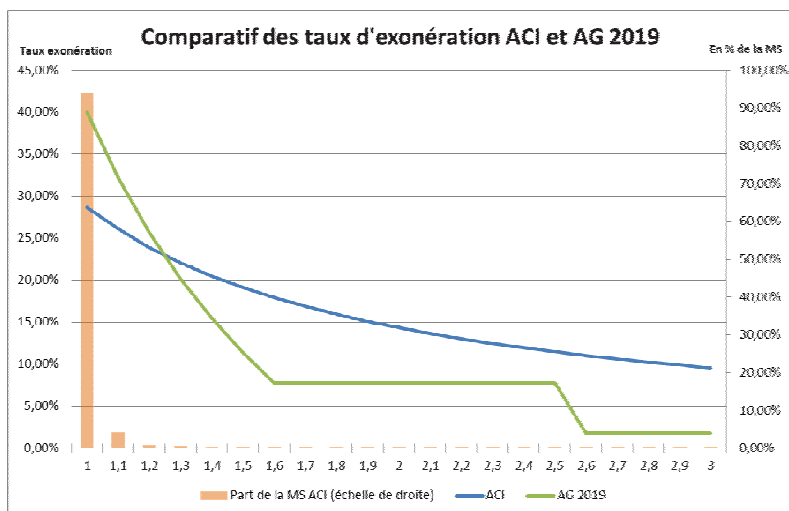
Enfin, les contrats aidés étant exonérés de taxe sur les salaires, les rémunérations afférentes n'ouvrent pas droit au CITS.

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

- a) Mesures proposées :
- Harmoniser les exonérations applicables aux structures d'insertion par l'activité économique en supprimant les dispositifs spécifiques d'exonération de cotisations sociales applicables aux ACI et aux AI :

Cotisations patronales exonérées (hors TA, TS et PEEC)	AI (dans la limite d'une activité inférieure ou égale à 750h par salarié et par an)	ACI (dans la limite d'une rémunération égale au SMIC)	Alignement sur les AG 2019
Maladie (13%)	exonérée	exonérée	exonérée
Famille (3,45% + 1,8%)	exonérée	exonérée	exonérée
Vieillesse (8,55% + 1,9%)	exonérée	exonérée	exonérée
AT-MP (0,84%)	non exonérée	non exonérée	en partie exonérée
CSA (0,3%)	non exonérée	non exonérée	exonérée
FNAL (0,1% ou 0,5%)	exonérée	non exonérée	exonérée
VT (taux moyen 1,65%)	exonérée	non exonérée	non exonérée
Chômage (4,05%)	non exonérée	non exonérée	exonérée
AGIRC-ARRCO (6,01%)	non exonérée	non exonérée	exonérée
Total exonérations	30,45% ou 30,85% selon la taille de l'entreprise	28,70%	40% ou 40,40% selon la taille de l'entreprise





Cet alignement permettrait d'harmoniser les dispositifs et serait financièrement plus avantageux au niveau du SMIC en passant d'un taux maximum d'exonération de 30,85 % pour les AI et de 28,70 % pour les ACI, à un taux de 40 % environ pour les allègements généraux, soit un gain de 10 % de la rémunération brute). De plus, il y aura application d'une dégressivité de l'avantage social, qui est la règle générale (les exonérations actuelles applicables aux AI et aux ACI ne sont pas dégressives, mais sont limitées respectivement dans la limite d'une activité inférieure ou égale à 750 h par salarié et par an et dans la limite d'une rémunération égale au SMIC).

Pour les ACI, le montant des allègements généraux représenterait 166 M€ en 2019, contre 118 M€ actuellement pour les exonérations de cotisations de sécurité sociale (soit un gain de 48 M€ pour les structures concernés et un impact négatif équivalent pour les finances publiques), sur le champ des employeurs soumis à l'obligation de cotiser au régime d'assurance chômage – qui seuls pourraient en principe bénéficier des allègements généraux – soit environ 86 % des employeurs et de la masse salariale des ACI. En l'absence d'impact lié à la suppression du CICE et de modification concernant les exonérations sur la taxe d'apprentissage et la participation à l'effort de construction, le surcoût toutes APU serait également de 48 M€.

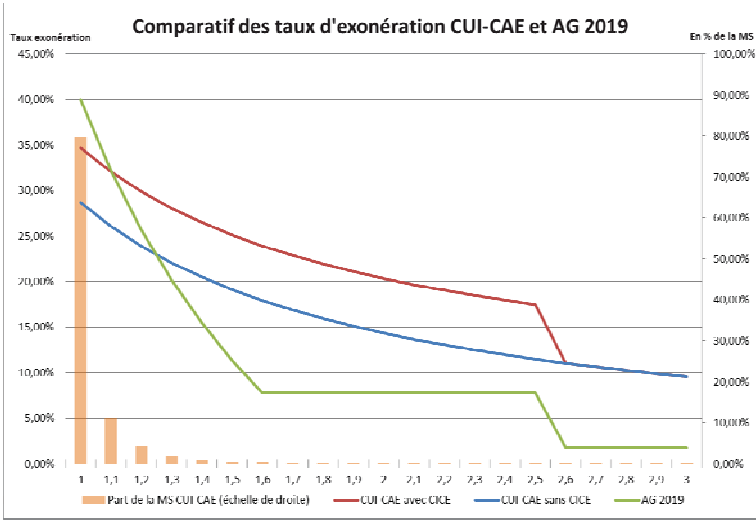
Les autres employeurs (représentant 14 % des CDDI et de la masse salariale) étant actuellement exclus du champ d'application des allègements généraux, il conviendrait de maintenir pour ces employeurs publics le dispositif actuel (uniquement l'exonération des cotisations patronales de sécurité sociale, soit un taux inchangé de 28,70 %), représentant un coût inchangé de 19 M€.

Pour les AI, les allègements généraux représenteraient en 2019 121 M€, au lieu de 92 M€ actuellement pour les exonérations de cotisations de sécurité sociale et des contributions au FNAL et au VT (soit un gain pour ces structures et un coût pour les finances publiques de 29 M€). Il est à signaler toutefois que certaines autorités organisatrices des transports accordent des exonérations de versement transport locales au titre des activités d'intérêt général, et pourraient en outre maintenir le bénéfice d'une exonération. En prenant en compte la suppression du CITS d'un montant de 1 M€, le surcoût total pour les finances publiques serait de 28 M€.

➤ **Supprimer le dispositif spécifique d'exonération de cotisations sociales applicables aux employeurs de CUI-CAE :**

Les cotisations exonérées dans le cadre de l'exonération spécifique d'une part et des allègements généraux d'autre part ne sont pas identiques. Compte tenu de l'exonération des cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire du secteur privé en 2019 dans le cadre des allègements généraux, ces derniers deviennent globalement nettement plus avantageux que les exonérations spécifiques au niveau du SMIC, c'est-à-dire pour la quasi-totalité des contrats aidés.

Cotisations patronales exonérées (hors TA, TS et PEEC)	CUI-CAE 2018	AG 2019
Maladie (13%)	exonérée	exonérée
Famille (3,45% + 1,8%)	exonérée	exonérée
Vieillesse (8,55% + 1,9%)	exonérée	exonérée
AT-MP (0,84%)	non exonérée	en partie exonérée
CSA (0,3%)	non exonérée	exonérée
FNAL (0,1% ou 0,5%)	non exonérée	exonérée
VT (taux moyen 1,65%)	non exonérée	non exonérée
Chômage (4,05%)	non exonérée	exonérée
AGIRC-ARRCO (6,01%)	non exonérée	exonérée
Total exonérations	28,70%	40% ou 40,40% selon la taille de l'entreprise



Le gain pour un contrat aidé n’ouvrant pas droit au CICE est de 12 % du salaire brut au niveau du SMIC et le nouveau barème reste plus favorable jusqu’à environ 1,2 SMIC. Par conséquent, même en ajoutant l’effet de la suppression de l’exonération de taxe sur les salaires pour les structures pour lesquelles l’abattement spécifique ne suffirait pas à en supprimer le coût, le gain au niveau du SMIC sera deux fois supérieur au taux de taxe sur les salaires applicable sur les contrats aidés.

Compte tenu de la concentration des salaires au niveau du SMIC, cet alignement représenterait un coût de 343 M€ pour les finances publiques (250 M€ pour les cotisations de sécurité sociale, y compris un surcoût de 7 M€ lié à l’exonération de la part mutualisée AT-MP, et 93 M€ pour les contributions et cotisations supplémentaires, soit un surcoût total de 100 M€ par rapport aux exonérations actuelles de cotisations patronales de sécurité sociale), pour la catégorie des employeurs soumis à l’obligation de cotiser au régime d’assurance chômage, ainsi que certains employeurs du secteur parapublic (EPIC des collectivités territoriales), représentant environ 62% des employeurs et de la masse salariale des CUI-CAE, qui seuls pourraient en principe bénéficier des AG.

En prenant en compte la suppression du CICE, estimé à 13 M€, le surcoût toutes APU serait pour ces employeurs de 87 M€.

Les autres employeurs (représentant 38 % des contrats) étant actuellement exclus du champ d’application des AG, il convient de maintenir pour les employeurs publics le dispositif actuel (uniquement l’exonération des cotisations patronales de sécurité sociale, soit un taux inchangé de 28,70 %, hors TA, PEEC et TS), représentant un coût de 310 M€.

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

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

4. Possibilité de codification

Modification de l'article L. 5134-31 du code du travail.

5. Abrogation de dispositions obsolètes

Abrogation de l'article L. 241-11 du code de la sécurité sociale.

6. Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

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

IV. Présentation de la mesure relative au dispositif spécifique applicable dans les outre-mer

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

Les exonérations applicables à l'outre-mer (dites exonérations « LODEOM ») ont été mises en œuvre à la suite de la loi d'orientation du 27 mai 2009. Elles s'inscrivent dans le cadre des politiques publiques conduites par l'État en vue de réduire les difficultés économiques structurelles des collectivités d'outre-mer et d'améliorer la compétitivité des entreprises situées sur leurs territoires tout en encourageant la création d'emplois pérennes.

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

Le dispositif LODEOM constitue une mesure importante au regard du coût budgétaire engagé et représente plus des trois quarts du coût total des dispositifs en faveur des employeurs d'outre-mer. Les secteurs les plus représentés sont le commerce suivi de la construction, de l'hébergement et restauration et des activités de services administratifs. Les entreprises de moins de 11 salariés représentent près de la moitié des effectifs exonérés (47 %). La Réunion représente 42 % du montant des exonérations, suivie de la Martinique (22 %), de la Guadeloupe (21 %) et de la Guyane (11 %).

Actuellement, les entreprises bénéficient d'une exonération des cotisations patronales de sécurité sociale, hors AT-MP. Afin de favoriser leur compétitivité, les niveaux des exonérations de cotisations patronales et les points de sortie sont renforcés par rapport aux allègements appliqués en métropole, et sont maintenus à des niveaux nettement supérieurs au SMIC. Dans le but de favoriser plus particulièrement les petites entreprises et certains secteurs d'activités, des barèmes différencient les entreprises de moins de 11 salariés de celles de 11 salariés et plus et celles, quel que soit leur effectif, relevant des secteurs bénéficiant d'un barème dit « renforcé », tels ceux de la recherche et du développement, du tourisme ou de l'environnement.

Par ailleurs, outre le bénéfice de la réduction de 1,8 point du taux de cotisations d'allocations familiales pour les rémunérations allant jusqu'à 3,5 SMIC, certaines entreprises bénéficient également du CICE à un taux de 9 % (au lieu

de 6 % en métropole en 2018). Ainsi, les barèmes d'exonération opèrent également une distinction selon l'éligibilité au CICE – l'absence d'éligibilité ouvrant droit à des seuils d'exonération majorés.

Seuils actuels de salaire horaire brut déterminant le montant de l'exonération (en fonction du SMIC)		Pour les employeurs ne bénéficiant pas du CICE	Pour les employeurs bénéficiant du CICE
Exonération de droit commun	Seuil d'exonération totale	1,4	1,3
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	1,4	1,3
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	3	2
Employeurs de moins de 11 salariés	Seuil d'exonération totale	1,4	1,4
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	2	1,6
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	3	2,3
Exonération renforcée (entreprises implantées dans les zones franches d'activité ou relevant d'un secteur d'activité prioritaire)	Seuil d'exonération totale	1,7	1,7
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	2,5	2,5
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	4,5	3,5
Allègements généraux	Seuil d'exonération totale	1	
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	1	
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	1,6	

Plusieurs problèmes à résoudre justifient la modification des dispositions applicables :

En premier lieu, ces exonérations, qui représentent un coût prévisionnel estimé à 958 M€ pour l'année 2019, compensé par le budget du ministère chargé de l'outre-mer, sont complexes et parfois sources de contestation. Outre les six barèmes actuels de l'exonération spécifique LODEOM, les allègements généraux sont également applicables en outre-mer et les entreprises non éligibles aux exonérations LODEOM peuvent y prétendre (ainsi que celles, éligibles potentiellement à la LODEOM, qui font le choix des allègements généraux), représentant ainsi un enjeu financier additionnel estimé à 171 M€ pour 2019.

L'efficacité et l'efficience sur l'emploi et la compétitivité des entreprises de ces exonérations n'est pas suffisante. Si la mission IGAS-IGF de revue de dépenses sur les exonérations et exemptions de charges sociales spécifiques de juin 2015 a reconnu le caractère sans doute globalement bénéfique du dispositif, elle a néanmoins préconisé la poursuite de son recentrage sur les niveaux de salaire les plus faibles, alors que les barèmes ouvrent des possibilités d'exonérations jusqu'à des salaires allant de 2,6 SMIC à 4,5 SMIC (soit 6 741 € bruts).

En second lieu, les entreprises, qu'elles soient dans le champ de l'exonération LODEOM ou dans celui des allègements généraux, bénéficient actuellement du CICE pour un montant total estimé au titre de l'année 2019 à 537 M€. La transformation du CICE (à 9 % en outre-mer), à compter du 1^{er} janvier 2019, en baisse de cotisations sociales employeur et en renforcement des allègements de droit commun, représente un enjeu spécifique en outre-mer dans la mesure où, les exonérations étant quasiment intégrales jusqu'à des niveaux de rémunération nettement supérieurs au SMIC, les 6 points de cotisations d'assurance maladie exonérés en contrepartie de la suppression du CICE sont la plupart du temps déjà exonérés en outre-mer. En outre, compte tenu du niveau initial de CICE applicable, le gain est moindre pour des rémunérations au niveau SMIC que ce qu'il est en métropole.

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

a) Mesure proposée

- **Aligner les taux d'exonération et les règles de calcul sur ceux des allègements généraux**

Cotisations patronales exonérées	LODEOM 2018	LODEOM 2019
Maladie (13%)	exonérée	exonérée
Famille (3,45% + 1,8%)	exonérée	exonérée
Vieillesse (8,55% + 1,9%)	exonérée	exonérée
AT-MP (0,84%)	non exonérée	en partie exonérée
CSA (0,3%)	non exonérée	exonérée
FNAL (0,1% ou 0,5%)	non exonérée	exonérée
Chômage (4,05%)	non exonérée	exonérée
AGIRC-ARRCO (6,01%)	non exonérée	exonérée
Total exonérations	28,70%	40% ou 40,40% selon la taille de l'entreprise

Source DSS

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, la mesure prévoit d'aligner le niveau maximal des exonérations LODEOM sur celui des allègements de droit commun qui seront en vigueur fin 2019, passant de 28,7 % (exonérations LODEOM + réduction de 1,8 point de la cotisation famille) à 40 % (40,4% pour les employeurs de 20 salariés et plus) au niveau du SMIC, soit un gain de 11,3 points permettant de compenser à ce niveau la suppression du CICE.

Cet alignement sur les allègements généraux permettra en outre d'harmoniser les dispositions applicables à l'ensemble des entreprises ultramarines, certaines d'entre elles ayant déjà opté pour les allègements de droit commun, notamment pour les règles de calcul des effectifs retenus pour l'application des mesures et de prise en compte de la rémunération annuelle. L'évaluation de cet alignement des règles de calcul sur le niveau des exonérations de cotisations a estimé un effet quasiment nul.

➤ **Redéfinir les barèmes d'exonération LODEOM**

Afin de rationaliser les exonérations LODEOM et améliorer leur efficacité, les six barèmes actuels seront remplacés par deux barèmes permettant une modulation des effets des exonérations selon la taille des employeurs (moins de 11 salariés et 11 salariés et plus) et les secteurs économiques, répartis entre trois dispositifs (un dispositif de droit commun correspondant aux allègements généraux, un dispositif de compétitivité et un dispositif de compétitivité renforcée).

Ainsi, les employeurs de moins de 11 salariés et ceux des secteurs appartenant au dispositif de compétitivité bénéficieraient du maintien du taux maximal d'exonération jusqu'à 1,3 SMIC, tandis que les employeurs des secteurs de compétitivité renforcée, quelle que soit leur importance, bénéficieraient du maintien du taux maximal d'exonération jusqu'à 1,4 SMIC.

Les points de sortie de ces dispositifs d'allègements renforcés seront respectivement fixés à 2 SMIC et 2,4 SMIC.

	Mesure proposée	
	Point d'inflexion	Point de sortie
AG Régime droit commun 11 salariés et +	1	1,6
Moins de 11 salariés Régime de compétitivité	1,3	2
Régime de compétitivité renforcée	1,4	2,4

	Régime de droit commun	Régime de compétitivité	Régime de compétitivité renforcée
Secteurs d'activité	Commerce, réparation d'automobiles et de motocycles (GZ)	Construction (FZ)	Environnement (EZ)
	Edition et audiovisuel (JA)	Entreprises de moins de 11 salariés	Economie touristique (IZ)
	Transports et entreposage (HZ)		Recherche et développement (MB)
	Activités financières et d'assurance (KZ)		Economie bleue et verte (AZ)
	Activités immobilières (LZ)		Economie productive (BZ, CB, CC, CD, CE, CF, CG, CH, CI, CJ, CK, CL, CM, DZ)
	Activités juridiques, de conseil et d'ingénierie (MA)		Agro-alimentaire (CA)
	Autres activités scientifiques et techniques (MC)		Economie numérique (JB, JC)
	Administration public (OZ)		
	Activités de services administratifs et de soutien (NZ)		
	Education (PZ)		
	Activité pour la santé humaine (QA)		
	Action sociale et hébergement médico-social (QB)		
	Arts, spectacles et activités récréatives (RZ)		
	Autres activités de services (SZ)		
	Activités extraterritoriales (UZ)		

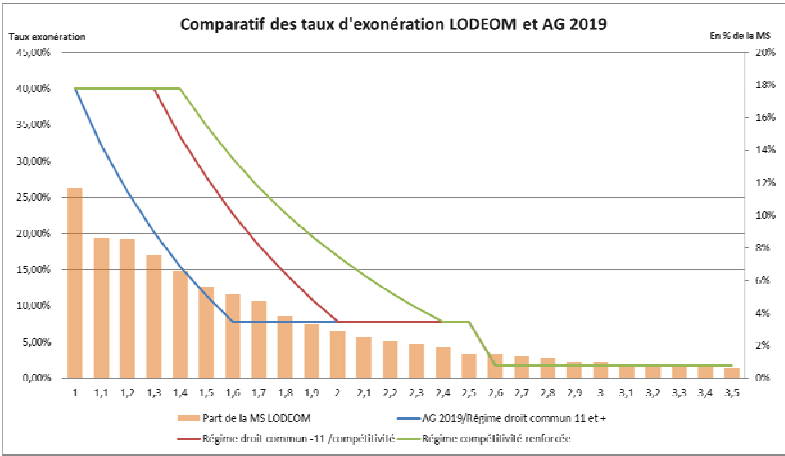
Le niveau d'exonération des cotisations sociales pour les entreprises de moins de 11 salariés en Outre-mer visent à développer la croissance et l'emploi de ces petites entreprises, dont le niveau de marge est faible et pour lesquelles le coût du travail représente un élément déterminant.

L'inclusion du secteur du bâtiment et des travaux publics dans le barème de compétitivité répond quant à elle à trois préoccupations majeures :

- par nature, le coût du travail est la principale charge dans cette activité : l'intensité capitaliste y est plus faible que dans les autres secteurs (47 200 euros par salarié en 2015 en France contre 196 400 euros par salarié dans le secteur non marchand). Le développement de l'emploi dans ce secteur est donc susceptible de réagir fortement à une exonération de cotisations sociales. Or ce secteur concentre 4,8% des effectifs salariés recensés par l'URSSAF en Martinique, 5,3% à la Réunion, 8,3% en Guadeloupe et 11% en Guyane. Il est le deuxième secteur marchand employeur en Guadeloupe et en Guyane après le commerce, et le troisième en Martinique et à la Réunion après le commerce et l'industrie.
- d'autre part, le développement de ce secteur, par ses caractéristiques propres comme par son poids dans l'économie ultra-marine (4,6% de la valeur ajoutée en Guadeloupe, 5,3% à la Réunion, 5,5% en Martinique et 8% en Guyane), a un effet d'entraînement sur le reste de l'économie ultra-marine. L'inclusion de ce secteur dans le barème de compétitivité vise cet effet d'entraînement, dans un objectif de développement de la croissance et de l'emploi.
- enfin, les départements et collectivités d'Outre-mer concernés présentent un déficit en matière de logement social, d'infrastructures de base (réseaux d'eau et d'assainissement) et d'infrastructures de transport. L'exonération spécifique à ce secteur vise donc à développer l'activité du secteur en vue d'une amélioration des infrastructures.

S'agissant du choix des secteurs dans le secteur du barème de compétitivité renforcée : ceux-ci présentent l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes :

- leur fragilité économique dans un contexte de concurrence internationale : leurs productions sont concurrencées sur les marchés internes et à l'exportation par des productions en provenance de métropole ou de pays étrangers. Il s'agit du secteur touristique (hébergement, restauration, activité de loisir s'y rapportant), concurrencé par les destinations à bas coûts dans leur environnement géographique, ainsi que les secteurs de l'industrie, de l'agriculture, de la pêche et de la sylviculture (« économie verte et bleue »). En bénéficiant du régime de compétitivité renforcée, les entreprises concernées voient leur compétitivité-coût s'améliorer.
- leur contribution au rattrapage en matière d'infrastructures de base (eau, assainissement) dans un contexte marqué par un retard dans ce domaine, à la modernisation des entreprises (secteur de la recherche et développement scientifique, télécommunications et activités informatiques) ou à la transition écologique (secteur de l'environnement, secteur des énergies renouvelables). L'inclusion de ces secteurs dans le barème de compétitivité renforcée traduit les besoins de développement économique de la collectivité.



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

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

4. Possibilité de codification

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

5. Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

6. Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Départements et Régions d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Objet spécifique de la mesure
Mayotte	Mesure non applicable – dispositif spécifique
Collectivités d'Outre-mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Objet spécifique de la mesure
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable – dispositif spécifique
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

V. Présentation de la mesure relative au secteur des services à la personne

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

Les services à la personne regroupent une grande diversité d'activités, parmi lesquelles la garde d'enfants, l'entretien du domicile ou encore l'accompagnement des personnes en situation de dépendance ou de handicap.

Les aides à domicile, intervenant auprès des personnes fragiles en raison de leur dépendance ou de leur handicap, peuvent être :

- employées directement par des particuliers fragiles ;
- employées par des particuliers fragiles, mais avec une gestion déléguée à un organisme mandataire ;
- employées par des associations à but non lucratif ou entreprises déclarées pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées, ainsi que des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS) et des organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.

Dans chacun de ces cas, l'avantage social réside en une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exclusion des cotisations AT-MP, sans plafond de rémunération.

Cotisations patronales exonérées SAP	
Maladie	13,00%
Vieillesse déplafonnée	1,90%
Vieillesse plafonnée	8,55%
Allocations familiales	5,25%*
Total des cotisations patronales de sécurité sociale exonérées	28,70%
* dont réduction de 1,8 point du taux de cotisation d'allocations familiales pour les associations et entreprises prestataires	

Ces exonérations sont applicables :

- sans limite au titre des rémunérations versées aux aides à domicile en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées chez les personnes fragiles ;
- dans la limite de 65 fois le SMIC horaire (642,20 euros en 2018), par mois et par particulier ou foyer de particuliers, âgés d'au moins 70 ans, mais non dépendants.

L'exonération porte sur l'ensemble de la rémunération brute mensuelle versée à l'aide à domicile. La rémunération est ensuite exonérée au prorata du nombre d'heures d'aide à domicile effectuées auprès du public fragile.

Les exonérations destinées aux aides à domicile employées directement par un particulier ou par une association ou entreprise représentent un coût prévisionnel estimé à 1,7 Md€ en 2019, compensé par le budget de l'État, dont 861 M€ au titre des exonérations accordées aux organismes prestataires.

Les entreprises et associations, employant des aides à domicile intervenant auprès des particuliers fragiles, sont également éligibles au CICE (au taux de 6 %) et au CITS (au taux de 4 %), pour les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC, estimés respectivement à 47 M€ et 50 M€ au titre de l'année 2019. Les particuliers employeurs ne sont en revanche pas concernés par cette réduction et ces crédits d'impôt.

Dans le cadre de leur activité, les employés des structures d'aides à domicile peuvent être amenés à intervenir successivement, au cours d'un même mois ou d'une même journée, ou intégralement auprès d'un public fragile et d'un public non fragile. Le public fragile concerne notamment les personnes âgées de 70 ans ou plus, les personnes bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap ou encore ceux remplissant la condition de perte d'autonomie requise pour prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Pour un même salarié, il est alors possible de bénéficier, au titre d'activités successives, de l'exonération spécifique d'aide à domicile auprès d'une personne fragile, prévue à l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, et de la réduction générale des cotisations et contributions patronales, prévue à l'article L. 241-13 du même code. Dès lors que les rémunérations des heures effectuées auprès de publics dits non fragiles ne bénéficient pas de l'exonération spécifique, ces rémunérations sont éligibles à la réduction générale. L'exonération spécifique ne peut en revanche se cumuler avec d'autres mesures d'allègements de cotisations que la réduction générale.

Il convient de préciser que le personnel administratif et d'encadrement des structures intervenant sur ce secteur n'est pas éligible à l'exonération spécifique, mais qu'il peut éventuellement donner lieu au bénéfice de la réduction générale.

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

Dans le but de renforcer les allègements de cotisations sociales pour les rémunérations les plus proches du SMIC – là où l'effet sur l'emploi est le plus important – il est proposé de modifier le barème de ces allègements spécifiques, aujourd'hui non dégressifs mais partiels en termes de champ de cotisations couvertes, pour leur appliquer une logique proche de celle des allègements généraux, consistant à leur appliquer une dégressivité en fonction du niveau de rémunération. Le dispositif doit toutefois être paramétré afin d'être plus avantageux que les allègements généraux pour compenser la perte de CICE et de CITS du secteur.

Il est ainsi proposé **une exonération totale de cotisations sociales jusqu'à 1,1 SMIC (alors que les allègements sont dégressifs pour toute rémunération supérieure au SMIC dans le droit commun) puis une dégressivité jusqu'à 1,6 SMIC**. L'exonération sera ainsi plus favorable que les allègements généraux au niveau du SMIC, et au moins aussi favorable au-delà.

Le niveau de ces exonérations au niveau du SMIC serait ainsi augmenté pour passer de 28,7 % aujourd'hui à 40 % (pour un employeur de moins de 20 salariés) ou 40,4 % (dans les autres cas) et portera, comme les allègements généraux de cotisations sociales, sur l'ensemble des cotisations et contributions dues par tous les employeurs : les cotisations dues au titre de la part mutualisée du risque AT-MP (0,84 %), les cotisations d'assurance vieillesse complémentaire (6,01 %) la contribution d'assurance chômage (4,05 %), la contribution au fonds national d'action pour le logement (0,1% sur les salaires plafonnés pour les employeurs de moins de 20 salariés et 0,5% dans les autres cas) et la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,3 %). Il s'agit d'une hausse de 11,3 ou 11,7 points du niveau d'exonération au SMIC.

Cotisations patronales	SAP 2018	SAP 2019
Maladie (13%)	exonérée	exonérée
Famille (5,25%)	exonérée	exonérée
Vieillesse (8,55% + 1,90%)	exonérée	exonérée
AT-MP (0,84%)	non exonérée	exonérée
CSA (0,3%)	non exonérée	exonérée
FNAL (0,1% ou 0,5%)	non exonérée	exonérée
Chômage (4,05%)	non exonérée	exonérée
AGIRC-ARRCO (6,01%)	non exonérée	exonérée
Total cotisations exonérées au SMIC	28,70%	40% ou 40,40% selon la taille de l'entreprise

Source DSS

Au-delà de 1,6 SMIC, les employeurs conserveraient, comme dans le droit commun, le bénéfice de la réduction de cotisations d'assurance maladie de 6 points (jusqu'à 2,5 SMIC) et de la réduction de cotisations d'allocations familiales de 1,8 point (jusqu'à 3,5 SMIC).

Le dispositif global d'exonération représenterait alors une aide majorée par rapport à la situation actuelle, permettant le recyclage intégral des montants de CICE et de CITS dont bénéficiait le secteur.

Tous statuts confondus, plus de 60 % des établissements verraient leur situation s'améliorer après la mesure et principalement ceux employant moins de 50 salariés. Ainsi, parmi les associations, les établissements de moins de 50 salariés, non éligibles au CITS du fait de l'abattement de TS, gagneraient à la mesure. Le gain serait toutefois moindre pour les associations de plus de 50 salariés et une partie serait perdante. Les pertes moyennes (3 % de la masse salariale) seraient plus de deux fois inférieures aux gains moyens (7,5 % de la masse salariale). La majorité des entreprises seraient gagnantes, qu'elles emploient moins de 50 ou plus de 50 salariés.

Au global, ce nouveau dispositif d'exonération serait à coût constant pour les finances publiques par rapport à la situation actuelle.

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

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

4. Possibilité de codification

Pour assurer la mise en œuvre des modifications apportées au dispositif, il convient de modifier l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

5. Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

6. Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

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

VI. Présentation de la mesure relative au dispositif des travailleurs occasionnels – demandeurs d'emploi

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

Dans le secteur agricole, le dispositif TO-DE permet aux employeurs qui embauchent en CDD (ou en CDI sous certaines conditions) des travailleurs saisonniers de bénéficier d'une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale (prestations familiales et assurances sociales agricoles) et de certaines cotisations patronales conventionnelles. Ce sont principalement les employeurs de la production agricole qui peuvent bénéficier de ce dispositif. Il représente entre 470 M€ et 500 M€.

En sont notamment exclus : les coopératives (transformation, conditionnement, commercialisation et CUMA), les paysagistes, les entreprises de service (tertiaire agricole) et les entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers.

Le dispositif TO-DE n'est pas **cumulable** (simultanément ou successivement) au cours de la même année civile avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales. Compte tenu de l'impossibilité de cumuler au cours d'une même année civile et pour chaque salarié concerné, le dispositif TO-DE et les allègements généraux (AG), un mécanisme de renonciation au dispositif TO-DE en faveur des AG est prévu.

S'agissant du calcul de l'exonération, celle-ci est totale pour les rémunérations égales ou inférieures à 1,25 fois le montant du SMIC puis linéairement dégressive au-delà jusqu'à s'annuler pour les rémunérations égales ou supérieures à 1,5 SMIC.

En année pleine, près de 73 000 entreprises bénéficient du dispositif TO-DE, soit près de la moitié des entreprises du secteur de la production agricole employant des salariés. On dénombre 927 000 contrats éligibles au dispositif représentant un volume d'activité de 142 millions d'heures par an, soit 25% du total des heures de travail dans le secteur de la production primaire pour une masse salariale évaluée à 1,57 milliard d'euros en 2019.

S'agissant des employeurs des secteurs agricoles non éligibles au dispositif TO-DE, ceux-ci bénéficient des allègements généraux en vigueur.

Actuellement, 135 000 établissements bénéficient des allègements généraux sur les bas salaires, soit près de 70 % du total des entreprises employant de la main-d'œuvre salariée tous secteurs agricoles confondus. 108 100 entreprises de la production agricole sont concernées pour 55 % du total des heures de travail. 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 employeurs pourront bénéficier du renforcement conséquent des allègements généraux des cotisations prévu par l'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, avec :

- une diminution de 6 points de la cotisation maladie, maternité, invalidité, décès pour les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC versées par les employeurs agricoles et non agricoles à leurs salariés en contrepartie de la suppression du CICE ;
- un nouveau renforcement de la réduction générale des cotisations sociales avec une exonération maximale au niveau du SMIC puis linéairement dégressive jusqu'à s'annuler pour les rémunérations égales ou supérieures à 1,6 SMIC.

Ainsi, en 2019, l'ensemble de ces employeurs verront leurs cotisations sociales diminuer pour les rémunérations inférieures à 1,6 SMIC.

Le renforcement des allègements généraux va donc profiter à tous les secteurs de l'économie dont certains secteurs de l'activité agricole. Dans ce contexte, le dispositif TO-DE ne continuerait à profiter essentiellement qu'à 2 secteurs (cultures spécialisées et viticulture).

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

a) Mesure proposée

Ce renforcement conséquent des allègements généraux à effet 2019 nécessite d'analyser les conditions d'articulation de ceux-ci avec le dispositif d'exonération TO-DE. Il s'agit d'apprécier, dans chacune de ses composantes (par tranche de rémunération, par secteur d'activité, ...), les gains liés au renforcement des allègements généraux au regard des gains générés par le dispositif spécifique TO-DE.

Si le dispositif TO-DE est plus avantageux que les allègements renforcés (plateau d'exonération jusqu'à 1,25 SMIC et exonération déjà effective des cotisations de retraite complémentaire), il résulte néanmoins que, s'agissant de la production agricole, la perte liée à la suppression du CICE concernerait essentiellement deux secteurs : la viticulture (- 38 M€) et les cultures spécialisées (-52 M€). Les autres filières seraient globalement gagnantes avec 20 M€ d'exonérations supplémentaires, bien que les situations au niveau de chacune des entreprises seront hétérogènes en fonction de leurs politiques d'emploi et salariale.

Ces pertes globales méritent néanmoins d'être relativisées :

- la perte d'exonérations sera inférieure à 1000€ par an pour 56 % des établissements viticoles et pour près de 50% des établissements de cultures spécialisées ;
- les allègements supplémentaires à destination de la coopération agricole de France, qui rassemble 3 agriculteurs sur 4 et représente, par exemple, 50 % de la production vinicole, ainsi que de la transformation affiliée au régime agricole – c'est-à-dire les unités de transformation à la ferme - vont s'élever à +129 M€ et pourraient également profiter à de nombreuses exploitations. Par ailleurs, les industries agroalimentaires bénéficieraient avec le renforcement des allègements généraux d'exonérations supplémentaires à hauteur de 105 M€ ;
- les cotisations sociales étant déductibles du revenu des entreprises ou des exploitants, la hausse de ces cotisations est à tempérer au regard du total des prélèvements sociaux et fiscaux (réduction de l'assiette de

cotisations personnelles des exploitants et de l'impôt) dans un contexte notamment de baisse progressive de l'impôt sur les sociétés.

Compte tenu de ce qui précède, il est proposé, à compter du 1er janvier 2019, de supprimer les exonérations spécifiques applicables pour l'emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE) au profit des allègements généraux de droit commun, dans le cadre de la transformation du CICE en baisse de cotisations sociales et en renforcement des allègements de droit commun. De surcroît, l'ensemble du secteur de la production bénéficiera du renforcement des allègements généraux dès le 1^{er} janvier 2019.

b) Autres options possibles

L'option visant à préserver le TO-DE n'est pas viable, le droit commun devenant en 2019 plus favorable que cette exonération pour les revenus près du SMIC.

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

Cette mesure a sa place en loi de financement de la sécurité sociale au regard de son impact sur l'équilibre financier du régime concerné, conformément aux dispositions du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

4. Possibilité de codification

Les articles L.741-5, L.741-16 et L.741-16-1 du code rural et de la pêche maritime doivent être abrogés. L'article L.5134-59 du code du travail doit en conséquence être modifié.

5. Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

6. Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

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

VII. Présentation de la mesure relative à certains régimes spéciaux

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

La transformation du CICE en baisse de 6 points du taux de cotisation d'assurance maladie pour les employeurs du régime général de sécurité sociale pose des enjeux spécifiques pour les entreprises appartenant à des branches d'activité dont une partie des agents sont affiliés à certains régimes spéciaux (régimes de la SNCF, de la RATP ainsi que des entreprises de la branche des industries électriques et gazière - IEG). Étant assujetties à l'impôt sur les sociétés, ces entreprises ont bénéficié du CICE jusqu'en 2018. Toutefois, les agents statutaires de ces entreprises ne sont pas dans le champ d'application des allègements généraux du fait de leur affiliation à un régime spécial, ce qui les exclut également de la réduction de 6 points des taux de cotisations maladie.

Il est rappelé que depuis leur création en 2003, par fusion de plusieurs dispositifs antérieurs (exonération de cotisation d'allocations familiales « Balladur » de 1993, transformée en ristourne dégressive en 1995, réduction de cotisations d'allocations familiales « De Robien » en 1996, dispositifs « Aubry I » et « Aubry II » dans le cadre de la réduction du temps de travail...), les allègements généraux ne sont pas ouverts pour les salariés relevant de régimes spéciaux, à l'exception de ceux des mines, des marins et des clerks et employés de notaire, qui bénéficiaient déjà des dispositifs antérieurs.

Une compensation de la perte liée au CICE réalisée par une simple baisse de 6 points du taux de la cotisation d'assurance maladie dont s'acquittent les employeurs des trois régimes spéciaux SNCF, RATP et IEG aurait toutefois

eu pour effet que cette réduction s'appliquerait à des taux de cotisation d'assurance maladie qui ne sont ni identiques entre eux, ni équivalents à celui du régime général. Or ces écarts ne sont pas totalement commensurables aux différences de couverture ouvertes par l'assurance maladie. En effet, les prestations en espèce (indemnités journalières maladie maternité, pensions d'invalidité) ne sont pas couvertes par ces cotisations (maintien total de rémunération et financement des pensions d'invalidité dans le cadre des régimes spéciaux), ce qui justifie des taux de cotisation d'assurance-maladie inférieurs à celui du régime général pour ces régimes. Toutefois, 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 général¹.

Dans un double objectif de rationalisation et d'équité, il convient donc de faire converger le taux de cotisation d'assurance maladie des entreprises de ces régimes sur celui de droit commun, en déduisant le financement des indemnités journalières maladie et maternité qui est assuré directement par l'employeur ainsi que celui des pensions d'invalidité. Cet alignement sera opéré par voie réglementaire.

Dans ce mouvement de convergence avec le droit commun, il est dans le même temps envisagé d'étendre aux salariés affiliés aux régimes spéciaux de la SNCF et de la RATP le bénéfice de la réduction de 1,8 point de cotisation d'allocations familiales mise en place en 2015 dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité et conditionnée aux mêmes critères que la réduction générale de cotisations sociales. En contrepartie, ces employeurs ne bénéficieraient plus de l'exonération actuelle de cotisation d'allocations familiales instituée en 1996, et qui bénéficiait à leurs agents statutaires². Cette opération serait globalement bénéfique pour les employeurs.

L'objectif global de la mesure est d'inscrire pleinement ces employeurs dans une logique de convergence vers le droit commun, ce qui se justifie pleinement par un double mouvement :

- les entreprises concernées exercent ou seront amenées à exercer leur activité dans un cadre concurrentiel se rapprochant de plus en plus du droit commun ;
- les salariés concernés bénéficient des prestations d'assurance-maladie et d'allocations familiales, pour l'essentiel identiques à celles du régime général.

Enfin, l'article L. 5553-11 du code des transports permet aux entreprises d'armement maritime employant des marins affiliés à l'établissement national des invalides de la marine (ENIM) et embarqués à bord de navires battant pavillon français affectés à des activités de transport soumises à la concurrence internationale de bénéficier d'une exonération de cotisations employeurs maladie, vieillesse, famille et chômage. Il a fait l'objet d'une modification en 2016, dans le cadre de la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue. 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.

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

a) Mesure proposée

• Application de la réduction du taux de cotisation d'assurance maladie aux régimes spéciaux de de la SNCF, de la RATP et des IEG en contrepartie de la suppression du CICE

La compensation de la suppression du CICE pour les régimes spéciaux qui en bénéficient passerait par l'ouverture du bénéfice de la réduction de 6 points du taux de cotisation d'assurance maladie pour les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC. Comme pour les autres entreprises, cette mesure représenterait une baisse du coût du travail équivalente à celle du CICE, et aurait un impact sur les comptes de la sécurité sociale (-0,4 Md€ au titre de SNCF, RATP, IEG) de même ampleur.

¹ Alors même que les salariés relevant de ces régimes bénéficient de prestations en nature au moins aussi favorables que celles du régime général, et que les branches maladie de ces régimes sont financièrement intégrées à la branche maladie du régime général.

² Si cette exonération peu lisible (l'exonération de la cotisation d'allocations familiales est déterminée en fonction du montant mensuel de la rémunération : lorsque la rémunération est inférieure ou égale à 1,2 x 169 SMIC, une exonération totale s'applique ; lorsque la rémunération est supérieure à 1,2 x 169 SMIC et inférieure ou égale à 1,3 x 169 SMIC, l'exonération s'applique dans la limite de 50 % ; au-delà d'une rémunération égale à 1,3 x 169 SMIC, l'exonération n'est plus applicable) n'a pas fait l'objet d'une évaluation par la mission IGAS-IGF de revue de dépenses sur les exonérations et exemptions de cotisations sociales spécifiques de juin 2015, le niveau d'alerte est néanmoins considéré comme élevé au regard des indicateurs de pertinence formalisés par la mission, notamment la complexité relative au ciblage des populations concernées.

• **Convergence des taux de cotisation d'assurance maladie des régimes spéciaux de la SNCF, de la RATP et des IEG en contrepartie de la compensation de la suppression du CICE**

Cette réduction s'appliquerait aux taux spécifiques propres à ces régimes, qui seraient par ailleurs alignés sur le taux de droit commun par décret, en tenant compte des périmètres respectifs des prestations, soit 11,3 % à terme¹. Le gain pour les finances sociales de cet alignement des taux serait de 0,12 Md€.

• **Application de la réduction du taux de cotisation d'allocation familiale aux régimes spéciaux de la RATP et de la SNCF en contrepartie du relèvement du taux de cotisation d'assurance maladie et de la suppression de l'exonération spécifique de cotisations d'allocation familiale**

L'effort de convergence demandé sur les taux de cotisation d'assurance maladie (augmentation comprise entre 2,5 % et 1 %) peut partiellement être neutralisé par une modification des taux de cotisation d'allocations familiales. Il est proposé de rendre applicable la réduction de 1,8 point des cotisations d'allocations familiales jusqu'à 3,5 SMIC aux agents statutaires de la SNCF et de la RATP. Le coût est estimé à 0,18 Md€.

La mesure s'inscrit comme une étape dans le mouvement nécessaire de convergence des régimes spéciaux vers le droit commun, comme cela est évoqué plus haut, avec un alignement du point de vue des cotisations dues comme des exonérations applicables. Même si des différences persistent entre régimes spéciaux, comme il en existe déjà aujourd'hui (trois régimes spéciaux bénéficient déjà des allègements généraux, *cf. supra*), c'est bien un objectif de convergence vers le droit commun qui est porté par cette mesure. Le rapprochement des règles dont bénéficient les régimes spéciaux avec le droit commun se poursuivra mais nécessitera d'opérer par étapes, pour limiter la complexité juridique des dispositifs de convergence et pour tenir compte de la situation économique des entreprises concernées.

L'ouverture à la concurrence des secteurs concernés par des régimes spéciaux nécessitera de travailler notamment sur le champ d'application des allègements généraux, qui devra à terme s'ouvrir à une partie de ces régimes si ce n'est à tous. Cela pourra éventuellement se faire en questionnant la pertinence de la référence au critère de l'obligation d'assurance contre le risque chômage pour l'ouverture de cet allègement et en envisageant également leur application aux salariés non concernés par cette obligation.

À ce stade, la diversité des taux vieillesse applicables constitue cependant le principal élément de complexité susceptible de freiner les efforts de convergence. À cet égard, les travaux qui vont être menés sur ces régimes dans le cadre de la réforme des retraites prévue en 2019 permettront de faciliter la convergence des différents régimes vers le droit commun.

• **Modification du régime d'exonération des cotisations sociales pour les entreprises d'armement maritimes**

Afin d'assurer la conformité du dispositif existant d'exonération de cotisations sociales pour les entreprises d'armement maritime avec la réglementation européenne, il est proposé une extension des exonérations de cotisations aux équipages qui sont embarqués sur des navires battant pavillon d'un autre État membre de l'Union européenne ou de l'espace économique européen ou de la Suisse. L'ouverture des exonérations aux pavillons communautaires est une mesure favorable pour l'emploi maritime car elle facilite l'emploi de marins qui résident en France en dehors du seul cadre des navires sous pavillon français. Elle est également favorable aux armateurs dont la flotte n'est pas exclusivement composée de navires sous pavillon français et qui bénéficient ainsi d'une plus grande flexibilité dans la composition de leurs équipages.

b) Autres options possibles

Une option possible serait de ne pas compenser la suppression du CICE pour ces entreprises, mais elle représenterait une perte de 400 M€ pour ces employeurs. Une autre option pourrait consister à n'appliquer que la baisse de 6 points sans que les taux de cotisation maladie ne convergent. Dans ce cas, l'avantage offert serait disproportionné au regard des taux de cotisation d'assurance maladie qui en résulteraient.

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

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

4. Possibilité de codification

Les articles L. 241-2-1 et L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale et l'article L 5553-11 du code des transports sont modifiés.

¹ Contre 13 % pour les salariés du régime général. L'écart de 13 % entre ces deux taux correspond au poids des prestations en espèces mentionnées supra dans le total des prestations du régime général.

5. Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L.241-6-4 est abrogé.

6. Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Départements et Régions d'Ostre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Collectivités d'Ostre-mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure relative aux exonérations de cotisations sociales pour les entreprises d'armement maritime applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

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

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

IX. Aspects juridiques

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

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

Ce régime est enregistré sous la référence « SA.41040 (2015/X) - Exonération de cotisations patronales de sécurité sociale » pour la période du 1/7/2014 au 31/12/02020.

2. La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) ?

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

X. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mise en oeuvre en deux temps de l'élargissement du champ des allègements généraux en 2019 permet une économie brute pour les finances publiques d'environ 2,5 Md€ (hors effets sur les dispositifs d'exonérations spécifiques, cf. ci-dessous), par rapport à une mise en oeuvre dès le 1^{er} janvier 2019. Après prise en compte de la part du moindre montant d'impôt sur les sociétés imputée sur 2019, estimé à environ 0,2 Mds€ (en supposant que les entreprises ne modifient pas leurs décisions en termes de rémunérations versées et d'investissement), le gain net s'élève à environ 2,3 Md€. Il est à noter que le tableau ci-dessous inclut les effets liés aux mesures votées dans les lois

financières prises pour 2018 ainsi que les mesures qui seront prises par voie réglementaire, en cohérence avec le présent article.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droit constatés (en M€)	
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)	
	Coût ou moindre recette (signe -)	
	2019	2020
Elargissement des allègements généraux	2 339	
<i>dont effet ASSO</i>	2 539	
<i>dont effet État</i>	-200	
S/Total élargissement des allègements généraux	2 339	
Application des AG pour les rémunérations des contrats d'apprentissage	-258	
<i>dont effet ASSO</i>	-1 288	
<i>dont effet État</i>	1 030	
Application des allègements généraux aux contrats de professionnalisation	-5	
<i>dont effet ASSO</i>	-20	
<i>dont effet État</i>	15	
S/Total contrats en alternance	-263	
Associations intermédiaires	-33	
<i>dont effet ASSO</i>	-115	
<i>dont effet État</i>	82	
Ateliers et chantiers d'insertion	-48	
<i>dont effet ASSO</i>	-159	
<i>dont effet État</i>	111	
Contrats aidés	-59	-87
<i>dont effet ASSO</i>	-69	
<i>dont effet État</i>	10	
S/Total SIAE et CUI-CAE	-140	
Exonérations en outre-mer	66	
<i>dont effet ASSO</i>	-245	
<i>dont effet État</i>	311	
S/Total LODEOM	66	
Services à la personne (emploi intermédié auprès d'un public fragile)	0	
<i>dont effet ASSO</i>	-47	
<i>dont effet État</i>	47	
S/Total SAP	0	
Travailleurs occasionnels-demandeurs d'emploi	123	
<i>dont effet ASSO</i>	-450	
<i>dont effet État</i>	573	
S/Total TO-DE	123	
Régimes spéciaux	1	
<i>dont effet ASSO</i>	-391	
<i>dont effet État</i>	393	
S/Total Régimes spéciaux	1	
TOTAL GÉNÉRAL	2 125	

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

a) impacts économiques

La mesure renforce l'attractivité des contrats de formation en alternance en les faisant bénéficier d'allègements de cotisations plus importants.

Impact de la mesure (en M€)

Pour un apprenti de 16 ans en 1 ^{ère} année (avec augmentation de la grille de rémunération	législation actuelle - 11 salariés	législation actuelle + 11 salariés	Allègements généraux	Allègements généraux - de 11 salariés
Rémunération 27%	405	405	405	405
abattement 11%	11%	11%		
Base forfaitaire de calcul des cotisations 16%	240	240		
Exonération	93,89	68,81	162,81	161,19
Cotisations restant dues	2,16	33,09	3,68	0,27

Pour 1 DE de + de 45 ans en GEIQ rémunéré au SMIC	législation actuelle	Allègements généraux
Rémunération 100%	1498	1498
Exonération	442,66	603,00
Cotisations restant dues	194,21	33,87

La mesure constitue une harmonisation de la législation sociale au sein du secteur de l'insertion par l'activité économique, sans remettre en question le modèle des structures qui le composent. L'application du droit commun conduit à disposer d'un avantage social plus favorable.

Comparaison entre le dispositif actuel et les allègements généraux pour un salarié rémunéré au SMIC (mensuel) :

	Comparaison exonération actuelle/AG renforcés pour un salarié rémunéré au SMIC mensuel			
	Coût pour un salarié sans exonération	Coût avec exonération 2018 sans CICE	Coût avec exonération 2018 + CICE	Coût avec AG 2019
Rémunération au SMIC mensuel	1 498,8	1 498,8	1 498,8	1 498,8
Cotisations patronales totales hors exonération (42,5%)	637,0	637,0	637,0	637,0
Exonération CUI-CAE/ACI 2018 (28,7%)		-430,2	-430,2	
AG 2019 (40,40%)				-605,5
CICE (6%)			-89,9	
Total	2 135,8	1 705,6	1 615,7	1 530,3
	Réduction du coût du travail	430,2	520,1	605,5

L'alignement du niveau maximal des exonérations LODEOM sur celui des allègements de droit commun qui seront en vigueur fin 2019, passant de 28,7 % à 40 % (40,4% pour les employeurs de 20 salariés et plus) au niveau du SMIC, soit un gain de 11,3 points, favorisera nettement les salariés proches du SMIC, quel que soit le secteur. Ce gain est en effet supérieur à l'effet de la suppression du CICE, soit 9 points de masse salariale.

En outre, pour l'ensemble des employeurs de moins de 11 salariés et pour ceux de 11 salariés et plus appartenant au régime de compétitivité et de compétitivité renforcée, en raison du maintien du taux maximal d'exonération jusqu'à 1,4, ou 1,6 SMIC, les dispositifs envisagés seront plus favorables que les dispositifs actuels jusqu'à ces points d'inflexion.

Au global, les nouveaux barèmes proposés conduisent à un gain de l'ordre de 10 M€ pour les employeurs de moins de 11 salariés, tandis que les secteurs qui appartiennent aux régimes de compétitivité ou de compétitivité renforcée ne seront que faiblement affectés par la suppression du CICE (variation globale inférieure à 5 M€), voire réalisent un gain net (+24 M€ pour le secteur de l'hébergement et de la restauration, par exemple).

Au global, deux tiers des établissements de moins de 11 salariés verront ainsi le coût du travail diminuer en moyenne de 4,7 % de leur masse salariale par rapport à 2018.

Dans les secteurs qui verront au global le niveau des allègements de cotisations baisser par rapport à 2018, tels que l'industrie agroalimentaire, la construction, le transport ou le commerce, la proportion d'établissements gagnants sera néanmoins au moins équivalente à celle des établissements perdants, les établissements de moins de 11 salariés étant en effet relativement nombreux dans ces secteurs. La proportion d'établissements de moins de 11 salariés bénéficiaires de la mesure serait supérieure à 75 % dans les secteurs de la construction, du transport et des industries agroalimentaires, avec des gains moyens supérieurs à 6 % de la masse salariale dans la construction par exemple. Pour les activités de conseil, d'ingénierie, de la finance ou de l'édition, la proportion d'établissements perdants est plus importante et la réduction des aides est proportionnellement plus grande.

S'agissant du secteur des services à la personne, les associations seraient surcompensées, compte tenu du taux du CITS à 4 %. De plus, une partie de ces associations ne bénéficient actuellement pas du CITS, dans la mesure où elles ne sont pas redevables de taxe sur les salaires en raison de l'abattement (de plus de 20 000 euros) dont bénéficient ces organismes. Les entreprises, éligibles au CICE, seraient en revanche légèrement sous-compensées, compte tenu du taux du CICE à 6 %. Si au global les employeurs de structures privées à but lucratif verraient ainsi leur situation légèrement améliorée, la mesure conduirait vraisemblablement à des pertes pour les structures dont les rémunérations sont moins concentrées autour du SMIC.

b) impacts sociaux

Ces mesures favorisent des structures dont l'objectif est d'aider les personnes sans emploi, rencontrant des difficultés sociales et professionnelles, afin de faciliter leur insertion dans le monde du travail. Cela concerne en particulier les jeunes et les personnes en situation de handicap.

En favorisant l'emploi d'aides à domicile pour les personnes les plus fragiles, cette mesure permet une meilleure prise en charge des situations de dépendance.

• Impact sur les jeunes

Cette mesure s'inscrit dans le contexte de hausse de la rémunération forfaitaire des apprentis de 2% du SMIC prévue par la loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 relative à la liberté de choisir son avenir professionnel, qui a un impact favorable sur la rémunération de l'ensemble des apprentis.

De manière plus spécifique, la réforme des exonérations des contrats d'apprentissage peut avoir un effet sur le revenu de certains apprentis compte tenu de la mise en place du plafonnement de l'exonération de cotisations salariales. Néanmoins, compte tenu de la grille de rémunération applicable aux apprentis et de la répartition des salaires des apprentis, ces mesures sont sans effet pour plus de 90% des jeunes en contrat d'apprentissage. Au regard des données de la DARES sur les contrats d'apprentissage, les apprentis susceptibles d'être touchés par cette mesure sont les apprentis de 21 ans et plus en 3e année de contrat employés dans des entreprises de + de 250 salariés¹.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

La mesure portant sur le dispositif d'exonération LODEOM favorise plus particulièrement le secteur de l'environnement, qui figure dans le régime de compétitivité renforcée.

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

Sans objet.

¹ DARES Résultats n° 57, L'apprentissage en 2016, septembre 2017

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

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

La mesure, en supprimant des dispositifs spécifiques et en les alignant sur le droit commun des allègements généraux, simplifie et harmonise le calcul des exonérations pour l'employeur entre ses différentes catégories de salariés.

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

Les systèmes d'information et de recouvrement des caisses du régime général et des régimes spéciaux devront être adaptés afin de prendre en compte les différentes dispositions de cet article.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Un ou plusieurs décrets d'application seront pris afin de préciser les modalités de renforcement des allègements généraux et celles des dispositifs spécifiques d'exonération.

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

La mesure sera mise en œuvre à compter du 1er janvier 2019.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les organismes concernés devront garantir l'information des cotisants concernés des nouvelles modalités d'exonération dès l'entrée en vigueur de la mesure.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les dispositifs sont notamment suivis dans le cadre de l'annexe 5 du PLFSS, ainsi que dans le cadre du comité de suivi des aides publiques aux entreprises et des engagements (COSAPE).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 133-1	Article L. 133-1 modifié
I.-Lorsqu'un procès-verbal de travail dissimulé a été établi par les agents chargés du contrôle mentionnés au premier alinéa de l'article L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, ou transmis aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime en application de l'article L. 8271-6-4 du code du travail, l'inspecteur du recouvrement ou l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime remet à la personne contrôlée un document constatant cette situation et comportant l'évaluation du montant des cotisations et contributions éludées, des majorations prévues à l'article L. 243-7-7 du présent code et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ainsi que du montant des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions sociales dont a pu bénéficier le débiteur annulées en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-2. Ce document fait état des dispositions légales applicables à cette infraction ainsi que celles applicables à la procédure prévue au présent article. Il mentionne notamment les dispositions du II du présent article ainsi que les voies et délais de recours applicables ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime. Ce document est signé par l'inspecteur.	I.-Lorsqu'un procès-verbal de travail dissimulé a été établi par les agents chargés du contrôle mentionnés au premier alinéa de l'article L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, ou transmis aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime en application de l'article L. 8271-6-4 du code du travail, l'inspecteur du recouvrement ou l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime remet à la personne contrôlée un document constatant cette situation et comportant l'évaluation du montant des cotisations et contributions éludées, des majorations prévues à l'article L. 243-7-7 du présent code et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ainsi que du montant des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions sociales dont a pu bénéficier le débiteur annulées en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-2. Ce document fait état des dispositions légales applicables à cette infraction ainsi que celles applicables à la procédure prévue au présent article. Il mentionne notamment les dispositions du II du présent article ainsi que les voies et délais de recours applicables ~~ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime.~~ Ce document est signé par l'inspecteur ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime.
Article L. 241-2-1 dans sa rédaction en vigueur au 1 ^{er} janvier 2019	Article L. 241-2-1 modifié
Le taux des cotisations mentionnées au 1^o du II de l'article L. 241-2 est réduit de 6 points pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 n'excèdent pas 2,5 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article L. 241-13.	Le taux des cotisations d'assurance maladie ~~mentionnées au 1^o du II de l'article L. 241-2~~ est réduit de 6 points pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 n'excèdent pas 2,5 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article L. 241-13. La réduction est également applicable rémunérations des salariés mentionnés au 3^o ou au 6^o de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre 1 du titre 1 du livre 7 du présent code.

Article L. 241-5	Article L. 241-5 modifié
Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont à la charge exclusive des employeurs. Elles sont assises sur les revenus d'activité des salariés tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération. La réduction mentionnée à l'article L. 241-13 peut s'imputer sur ces cotisations, sans pouvoir excéder un taux fixé par arrêté ministériel dans la limite du taux applicable à une entreprise où aucun accident du travail ou maladie professionnelle n'est jamais survenu. Les ressources de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont en outre constituées par le produit de la pénalité prévue à l'article L. 4163-2 du code du travail.	Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont à la charge exclusive des employeurs. Elles sont assises sur les revenus d'activité des salariés tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération. La réduction mentionnée au III de l'article L. 241-10 et à l'article L. 241-13 peut s'imputer sur ces cotisations, sans pouvoir excéder un taux fixé par arrêté ministériel dans la limite du taux applicable à une entreprise où aucun accident du travail ou maladie professionnelle n'est jamais survenu. Les ressources de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont en outre constituées par le produit de la pénalité prévue à l'article L. 4163-2 du code du travail.
Article L. 241-6-1	Article L. 241-6-1 modifié
Le taux des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 est réduit de 1,8 point pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les rémunérations ou gains n'excèdent pas 3,5 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article.	Le taux des cotisations d'allocations familiales mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 est réduit de 1,8 point pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les rémunérations ou gains n'excèdent pas 3,5 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article. La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre 1 du titre 1 du livre 7 du présent code.
Article L. 241-6-4	Article L. 241-6-4
A compter du 1er octobre 1996, les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 versés au cours du mois civil sont exonérés de cotisation d'allocations familiales lorsqu'ils sont inférieurs ou égaux à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 20 %. Le montant de la cotisation d'allocations familiales est réduit de moitié pour les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 versés au cours d'un mois civil supérieurs à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 20 % et inférieurs ou égaux à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 30 %. Les dispositions du présent article sont applicables aux revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 versés à des salariés dont l'emploi emporte l'obligation édictée par l'article L. 351-4 du code du travail et à des salariés mentionnés au 3° de l'article L. 351-12 du même code, par des employeurs relevant des	~~A compter du 1er octobre 1996, les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 versés au cours du mois civil sont exonérés de cotisation d'allocations familiales lorsqu'ils sont inférieurs ou égaux à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 20 %.~~ ~~Le montant de la cotisation d'allocations familiales est réduit de moitié pour les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 versés au cours d'un mois civil supérieurs à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 20 % et inférieurs ou égaux à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 30 %.~~ ~~Les dispositions du présent article sont applicables aux revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 versés à des salariés dont l'emploi emporte l'obligation édictée par l'article L. 351-4 du code du travail et à des salariés mentionnés au 3° de l'article L. 351-12 du même code, par des employeurs relevant des dispositions~~

dispositions du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exclusion de ceux visés à l'article L. 711-13 et au IV de l'article 1er de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale. Elles ne sont pas applicables aux revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 versés par les organismes visés à l'article 1er de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la poste et des télécommunications. Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 et de l'abattement prévu à l'article L. 322-12 du code du travail, ni avec l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou montants forfaitaires de cotisations.	~~du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exclusion de ceux visés à l'article L. 711-13 et au IV de l'article 1er de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale.~~ ~~Elles ne sont pas applicables aux revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 versés par les organismes visés à l'article 1er de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la poste et des télécommunications.~~ ~~Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 et de l'abattement prévu à l'article L. 322-12 du code du travail, ni avec l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou montants forfaitaires de cotisations.~~
Article L.241-10	Article L.241-10 modifié
III.-Sont exonérées de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes : 1° Les associations et entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du même code pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ; 2° Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ; 3° Les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.	III.-Sont exonérées de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes : 1° Les associations et entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du même code pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ; 2° Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ; 3° Les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale. Les structures mentionnées aux 1° et 3°, lorsqu'elles constituent des employeurs de droit privé sont en outre exonérées, pour les rémunérations versées aux aides à domicile employées dans les conditions définies au premier alinéa du III, de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, des contributions mentionnées à l'article L. 834-1, des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles de sécurité sociale à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire et des 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. Pour les structures mentionnées à l'alinéa précédent, lorsque la rémunération est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 10 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge

Cette exonération s'applique à la fraction des rémunérations versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privatif : (...)	de l'employeur. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération est égale au salaire minimum de croissance annuel majoré de 60 %. Ces exonérations s'appliquent à la fraction des rémunérations versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privatif : (...)
Article L. 241-11	Article L. 241-11
La partie de la rémunération des personnes visées au 1 de l'article L. 322-4-16-3 du code du travail correspondant à une durée d'activité inférieure ou égale à une limite fixée par décret est exonérée des cotisations de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, à la charge de l'employeur. Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 241-12 sont applicables aux cotisations patronales de sécurité sociale sur les rémunérations versées par les employeurs visés au deuxième alinéa de l'article L. 322-4-16 du code du travail (1). Le bénéfice de ces dispositions ne peut être cumulé avec celui de l'exonération prévue au dernier alinéa de l'article L. 241-10.	<i>La partie de la rémunération des personnes visées au 1 de l'article L. 322-4-16-3 du code du travail correspondant à une durée d'activité inférieure ou égale à une limite fixée par décret est exonérée des cotisations de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, à la charge de l'employeur.</i> <i>Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 241-12 sont applicables aux cotisations patronales de sécurité sociale sur les rémunérations versées par les employeurs visés au deuxième alinéa de l'article L. 322-4-16 du code du travail (1).</i> <i>Le bénéfice de ces dispositions ne peut être cumulé avec celui de l'exonération prévue au dernier alinéa de l'article L. 241-10.</i>
Article L. 241-13 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	Article L. 241-13 modifié
VII.-Le montant de la réduction est imputé, lors de leur paiement, sur les cotisations et contributions mentionnées au I déclarées, d'une part, aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, d'autre part, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en fonction de la part que représente le taux de ces cotisations et contributions, tel que retenu pour l'établissement de la réduction, dans la valeur maximale fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du III du présent article.	VII.-Le montant de la réduction est imputé, lors de leur paiement, sur les cotisations et contributions mentionnées au I déclarées, d'une part, aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, d'autre part, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en fonction de la part que représente le taux de ces cotisations et contributions, tel que retenu pour l'établissement de la réduction, dans la valeur maximale fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du III du présent article. Pour les salariés mentionnés au e de l'article L. 5427-1 du code du travail, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du même code.
Article L. 243-6-1 dans sa rédaction à venir au 1er janvier 2019	Article L. 243-6-1 modifié
I. - Tout cotisant, confronté à des interprétations contradictoires concernant plusieurs de ses établissements dans la même situation au regard de la législation relative aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale, a la possibilité, sans préjudice des autres recours, de solliciter l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en ce qui concerne l'appréciation portée sur sa situation par les organismes	I. - Tout cotisant, confronté à des interprétations contradictoires concernant plusieurs de ses établissements dans la même situation au regard de la législation relative aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale, a la possibilité, sans préjudice des autres recours, de solliciter l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en ce qui concerne l'appréciation portée sur sa situation par les organismes

de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. Cette possibilité est ouverte également à un cotisant appartenant à un groupe au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce, en cas d'interprétations contradictoires concernant toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même groupe. A la suite de l'analyse du litige, l'agence centrale peut demander aux organismes d'adopter une position dans un délai d'un mois. A l'expiration de ce délai, s'ils ne se sont pas conformés à cette instruction, l'agence centrale peut se substituer aux organismes pour prendre les mesures nécessaires. II. - Le I est également applicable lorsque le cotisant est confronté aux interprétations contradictoires retenues par un ou plusieurs des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, d'une part, et par une ou plusieurs des institutions mentionnées à l'article L. 922-4, d'autre part, concernant sa situation au regard de l'application des dispositions relatives à la réduction dégressive de cotisations sociales prévue à l'article L. 241-13 ou relative à tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.	de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. Cette possibilité est ouverte également à un cotisant appartenant à un groupe au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce, en cas d'interprétations contradictoires concernant toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même groupe. A la suite de l'analyse du litige, l'agence centrale peut demander aux organismes d'adopter une position dans un délai d'un mois. A l'expiration de ce délai, s'ils ne se sont pas conformés à cette instruction, l'agence centrale peut se substituer aux organismes pour prendre les mesures nécessaires. II. - La procédure d'arbitrage prévue au I ~~Le I~~ est également applicable lorsque le cotisant, qu'il possède un ou plusieurs établissements, est confronté aux interprétations contradictoires retenues par un ou plusieurs des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, d'une part, et par une ou plusieurs des institutions mentionnées à l'article L. 922-4, d'autre part, concernant sa situation au regard de l'application des dispositions relatives à la réduction dégressive de cotisations sociales prévue à l'article L. 241-13 ou relative à tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.
Article L. 752-3-2	Article L. 752-3-2 modifié
I.-En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions définies au présent article. II.-L'exonération s'applique : 1° Aux entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail, occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif d'une entreprise passe au-dessous de onze salariés ; 2° Aux entreprises, quel que soit leur effectif, du secteur du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, y compris les coopératives agricoles et sociétés d'intérêt collectif agricoles et leurs unions, ainsi que les coopératives maritimes et leurs unions, du tourisme, de la restauration de tourisme y compris les activités de loisirs s'y rapportant, et de l'hôtellerie ;	I.-En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail et des particuliers employeurs, sont exonérés du paiement des cotisations ~~à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles~~ et contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code, dans les conditions définies au présent article. II.-L'exonération s'applique : 1° ~~Aux entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail,~~ Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif d'une entreprise passe au-dessous de onze salariés ; 2° ~~Aux entreprises,~~ Quel que soit leur effectif, aux employeurs du secteur du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, ~~de la presse, de la production audiovisuelle, de l'environnement, de l'agronnutrition,~~ des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, ~~y compris les coopératives agricoles et sociétés d'intérêt collectif agricoles et leurs unions, ainsi que les coopératives maritimes et leurs unions,~~ du tourisme y compris les activités de loisirs s'y

3° Aux entreprises de transport aérien assurant :

a) La liaison entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon ou Mayotte ;

b) La liaison entre ces départements ou collectivités ;

c) La desserte intérieure de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin.

Seuls sont pris en compte les personnels de ces entreprises concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin ;

4° Aux entreprises assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte.

III.-A.-Pour les entreprises mentionnées au I de l'article 244 quater C du code général des impôts et, au titre des rémunérations définies aux quatrième et cinquième phrases du même I, pour les organismes mentionnés à l'article 207 du même code, l'exonération est calculée selon les modalités suivantes :

Le montant de l'exonération est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction de ses revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 30 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 100 %.

Pour les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail et occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au-delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 130 %.

B.-Pour les entreprises, employeurs et organismes autres

rapportant, et de l'hôtellerie, de la recherche et du développement, ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 259 du règlement (UE) n°952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013.;

3° Aux entreprises de transport aérien assurant :

a) ~~La liaison entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon ou Mayotte ;~~

b) ~~La liaison entre ces départements ou collectivités ;~~

c) ~~La desserte intérieure de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin.~~

~~Seuls sont pris en compte les personnels de ces entreprises concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin ;~~

~~4° Aux entreprises assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte.~~

~~III.-A.-Pour les entreprises mentionnées au I de l'article 244 quater C du code général des impôts et, au titre des rémunérations définies aux quatrième et cinquième phrases du même I, pour les organismes mentionnés à l'article 207 du même code, l'exonération est calculée selon les modalités suivantes :~~

~~Le montant de l'exonération est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction de ses revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 30 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 100 %.~~

~~Pour les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail et occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au-delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 130 %.~~

~~B.-Pour les entreprises, employeurs et organismes autres que ceux mentionnés au A-:~~

~~1° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au~~

que ceux mentionnés au A : 1° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au deuxième alinéa du A en deçà duquel la rémunération est totalement exonérée de cotisations à la charge de l'employeur est égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Le seuil de la rémunération horaire mentionné au même deuxième alinéa du A à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 % ; 2° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, est égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %. IV.-Par dérogation au III, le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas du présent IV pour les entreprises situées en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin respectant les conditions suivantes : 1° Employer moins de deux cent cinquante salariés et avoir réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros ; 2° Avoir une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts, ou de même nature dans le cas des entreprises exploitées à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux	~~deuxième alinéa du A en deçà duquel la rémunération est totalement exonérée de cotisations à la charge de l'employeur est égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Le seuil de la rémunération horaire mentionné au même deuxième alinéa du A à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 % ;~~ ~~2° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, est égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %.~~ III.- A.- Pour les employeurs mentionnés au 1° du II et ceux mentionnés au 2° du II relevant du secteur du bâtiment et des travaux publics, lorsque le revenu d'activité de l'année tel qu'il est pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 30 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur, mentionnées au I de l'article L. 241-13. A partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 100 %. B.- Pour les employeurs, quel que soit leur effectif, relevant des secteurs mentionnés au 2° du II, à l'exception du secteur du bâtiment et des travaux publics, et pour les entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 259 du règlement (UE) n°952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013, lorsque le revenu d'activité de l'année est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 40%, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13. À partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 140 %. ~~IV.-Par dérogation au III, le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas du présent IV pour les entreprises situées en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin respectant les conditions suivantes :~~ ~~1° Employer moins de deux cent cinquante salariés et avoir réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros ;~~ ~~2° Avoir une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts, ou de même nature dans le cas des entreprises exploitées à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux~~

entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises, recherche et développement ou technologies de l'information et de la communication ;

3° Etre soumises de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition ;

4° A l'exception des entreprises situées en Guyane, dans les îles des Saintes, à Marie-Galante, à La Désirade et dans les communes de La Réunion définies par l'article 2 du décret n° 78-690 du 23 juin 1978 portant création d'une zone spéciale d'action rurale dans le département de La Réunion, ainsi que dans les communes de la Guadeloupe et de la Martinique, dont la liste est fixée par décret, qui satisfont cumulativement aux trois critères suivants :

-elles sont classées en zone de montagne au sens de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne ;

-elles sont situées dans un arrondissement dont la densité de population, déterminée sur la base des populations légales en vigueur au 1er janvier 2009, est inférieure à 270 habitants par kilomètre carré ;

-leur population, au sens de l'article L. 2334-2 du code général des collectivités territoriales, était inférieure à 10 000 habitants en 2008 ;

a) Exercer leur activité principale dans l'un des secteurs suivants : recherche et développement, technologies de l'information et de la communication, tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, environnement, agronutrition ou énergies renouvelables ;

b) Ou :

-avoir signé avec un organisme public de recherche ou une université, y compris étrangers, une convention, agréée par l'autorité administrative, portant sur un programme de recherche dans le cadre d'un projet de développement sur l'un ou plusieurs de ces territoires si les dépenses de recherche, définies aux a à g du II de l'article 244 quater B du code général des impôts, engagées dans le cadre de cette convention représentent au moins 5 % des charges totales engagées par l'entreprise au titre de l'exercice écoulé ;

-ou avoir réalisé des opérations sous le bénéfice du régime de transformation sous douane défini aux articles 130 à 136 du règlement (CEE) n° 2913/92 du Conseil du 12 octobre 1992 établissant le code des douanes communautaire, si le chiffre d'affaires provenant de ces opérations représente au moins un tiers du chiffre d'affaires de l'exploitation au titre de l'exercice écoulé.

La condition prévue au 3° n'est pas applicable à Saint-Barthélemy.

Les conditions prévues aux 1° et 2° s'apprécient à la clôture de chaque exercice.

Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de

~~entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises, recherche et développement ou technologies de l'information et de la communication ;~~

~~3° Etre soumises de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition ;~~

~~4° A l'exception des entreprises situées en Guyane, dans les îles des Saintes, à Marie-Galante, à La Désirade et dans les communes de La Réunion définies par l'article 2 du décret n° 78-690 du 23 juin 1978 portant création d'une zone spéciale d'action rurale dans le département de La Réunion, ainsi que dans les communes de la Guadeloupe et de la Martinique, dont la liste est fixée par décret, qui satisfont cumulativement aux trois critères suivants :~~

~~-elles sont classées en zone de montagne au sens de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne ;~~

~~-elles sont situées dans un arrondissement dont la densité de population, déterminée sur la base des populations légales en vigueur au 1er janvier 2009, est inférieure à 270 habitants par kilomètre carré ;~~

~~-leur population, au sens de l'article L. 2334-2 du code général des collectivités territoriales, était inférieure à 10 000 habitants en 2008 ;~~

~~a) Exercer leur activité principale dans l'un des secteurs suivants : recherche et développement, technologies de l'information et de la communication, tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, environnement, agronutrition ou énergies renouvelables ;~~

~~b) Ou :~~

~~-avoir signé avec un organisme public de recherche ou une université, y compris étrangers, une convention, agréée par l'autorité administrative, portant sur un programme de recherche dans le cadre d'un projet de développement sur l'un ou plusieurs de ces territoires si les dépenses de recherche, définies aux a à g du II de l'article 244 quater B du code général des impôts, engagées dans le cadre de cette convention représentent au moins 5 % des charges totales engagées par l'entreprise au titre de l'exercice écoulé ;~~

~~-ou avoir réalisé des opérations sous le bénéfice du régime de transformation sous douane défini aux articles 130 à 136 du règlement (CEE) n° 2913/92 du Conseil du 12 octobre 1992 établissant le code des douanes communautaire, si le chiffre d'affaires provenant de ces opérations représente au moins un tiers du chiffre d'affaires de l'exploitation au titre de l'exercice écoulé.~~

~~La condition prévue au 3° n'est pas applicable à Saint-Barthélemy.~~

~~Les conditions prévues aux 1° et 2° s'apprécient à la clôture de chaque exercice.~~

~~Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au~~

sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. A partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 250 %. Par dérogation à l'avant-dernier alinéa du présent IV, pour les employeurs mentionnés au B du III du présent article, la rémunération horaire à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350 %. (...) VIII.-Lorsque les exonérations mentionnées aux III et IV sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance.	~~salaire minimum de croissance majoré de 70 %. A partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 250 %.~~ ~~Par dérogation à l'avant-dernier alinéa du présent IV, pour les employeurs mentionnés au B du III du présent article, la rémunération horaire à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350 %.~~ IV. - Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, en fonction des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, la valeur du salaire minimum de croissance prise en compte pour la détermination de l'exonération est celle qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont employés. Pour les plages de revenus sur lesquelles les exonérations mentionnées aux III sont décroissantes, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du taux de l'exonération est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. » (...) ~~VIII.-Lorsque les exonérations mentionnées aux III et IV sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance.~~
Code rural et de la pêche maritime	
Article L. 741-5	Article L. 741-5
L'article L. 741-16 s'applique aux cotisations dues au titre des allocations familiales.	~~L'article L. 741-16 s'applique aux cotisations dues au titre des allocations familiales.~~
Article L. 741-16	Article L. 741-16
I.-Les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles sont exonérés des cotisations patronales dues au titre des assurances sociales pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient. Les travailleurs occasionnels agricoles sont des salariés dont le contrat de travail relève du 3° de l'article L. 1242-	~~I.-Les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles sont exonérés des cotisations patronales dues au titre des assurances sociales pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient.~~ ~~Les travailleurs occasionnels agricoles sont des salariés dont le contrat de travail relève du 3° de l'article L. 1242-2 ou de l'article L. 1242-3 du code du travail pour des tâches~~

2 ou de l'article L. 1242-3 du code du travail pour des tâches temporaires liées au cycle de la production animale et végétale mentionnées aux 1°, 3°, à l'exclusion des tâches réalisées par des entreprises de travaux forestiers, et 4° de l'article L. 722-1 du présent code et aux activités de transformation, de conditionnement et de commercialisation de produits agricoles lorsque ces activités, accomplies sous l'autorité d'un exploitant agricole, constituent le prolongement direct de l'acte de production.

Cette exonération est déterminée conformément à un barème dégressif linéaire fixé par décret et tel que l'exonération soit totale pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 25 % et devienne nulle pour une rémunération mensuelle égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 50 %. Pour le calcul de l'exonération, la rémunération mensuelle et le salaire minimum de croissance sont définis dans les conditions prévues aux quatrième et cinquième phrases du premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction en vigueur au 31 décembre 2010.

II.-Les demandeurs d'emploi inscrits à ce titre sur la liste mentionnée au 3° de l'article L. 5312-1 du code du travail depuis une durée fixée par décret sont assimilés à des travailleurs occasionnels lorsqu'ils sont recrutés par contrat à durée indéterminée par un groupement d'employeurs exerçant des activités mentionnées au I.

III.-(Abrogé)

IV.-(Abrogé)

V.-Les coopératives d'utilisation du matériel agricole mettant des salariés à la disposition de leurs adhérents ne bénéficient pas des dispositions du présent article.

VI.-Un décret fixe les modalités d'application du présent article, notamment la durée maximale d'exonération par année civile.

Au-delà de la période maximale d'application de l'exonération mentionnée à l'alinéa précédent, l'employeur déclare à la caisse de mutualité sociale agricole, pour chaque salarié, s'il renonce à ladite exonération pendant la période où elle s'est appliquée, au profit de la réduction prévue par l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale sur l'ensemble de la période de travail.

VII.-Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou montants forfaitaires de cotisations, à l'exception de l'exonération prévue à l'article L. 741-5 du présent code et de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale.

Article L. 741-16-1

I.-Les caisses de mutualité sociale agricole se substituent, selon les modalités définies au II, aux employeurs de travailleurs définis aux I et II de l'article L. 741-16 pour le paiement de la part patronale des cotisations suivantes, dues pour l'emploi de ces mêmes salariés :

~~temporaires liées au cycle de la production animale et végétale mentionnées aux 1°, 3°, à l'exclusion des tâches réalisées par des entreprises de travaux forestiers, et 4° de l'article L. 722-1 du présent code et aux activités de transformation, de conditionnement et de commercialisation de produits agricoles lorsque ces activités, accomplies sous l'autorité d'un exploitant agricole, constituent le prolongement direct de l'acte de production.~~

~~Cette exonération est déterminée conformément à un barème dégressif linéaire fixé par décret et tel que l'exonération soit totale pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 25 % et devienne nulle pour une rémunération mensuelle égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 50 %. Pour le calcul de l'exonération, la rémunération mensuelle et le salaire minimum de croissance sont définis dans les conditions prévues aux quatrième et cinquième phrases du premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction en vigueur au 31 décembre 2010.~~

~~II.-Les demandeurs d'emploi inscrits à ce titre sur la liste mentionnée au 3° de l'article L. 5312-1 du code du travail depuis une durée fixée par décret sont assimilés à des travailleurs occasionnels lorsqu'ils sont recrutés par contrat à durée indéterminée par un groupement d'employeurs exerçant des activités mentionnées au I.~~

~~III.-(Abrogé)~~

~~IV.-(Abrogé)~~

~~V.-Les coopératives d'utilisation du matériel agricole mettant des salariés à la disposition de leurs adhérents ne bénéficient pas des dispositions du présent article.~~

~~VI.-Un décret fixe les modalités d'application du présent article, notamment la durée maximale d'exonération par année civile.~~

~~Au-delà de la période maximale d'application de l'exonération mentionnée à l'alinéa précédent, l'employeur déclare à la caisse de mutualité sociale agricole, pour chaque salarié, s'il renonce à ladite exonération pendant la période où elle s'est appliquée, au profit de la réduction prévue par l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale sur l'ensemble de la période de travail.~~

~~VII.-Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou montants forfaitaires de cotisations, à l'exception de l'exonération prévue à l'article L. 741-5 du présent code et de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale.~~

Article L. 741-16-1

~~I.-Les caisses de mutualité sociale agricole se substituent, selon les modalités définies au II, aux employeurs de travailleurs définis aux I et II de l'article L. 741-16 pour le paiement de la part patronale des cotisations suivantes, dues pour l'emploi de ces mêmes salariés :~~

1° La participation des employeurs au développement de la formation professionnelle continue, prévue à l'article L. 6331-1 du code du travail ; 2° La cotisation de la retraite complémentaire obligatoire des salariés versée aux institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 727-2 du présent code ; 3° La cotisation versée à l'Association pour la gestion du fonds de financement, rendue obligatoire, en application des articles L. 911-3 et L. 911-4 du code de la sécurité sociale, par l'arrêté du 23 décembre 2009 portant extension et élargissement de l'accord relatif à la prorogation de l'accord du 13 novembre 2003 conclu le 23 mars 2009 par les organisations signataires de la convention collective du 14 mars 1947 et de l'accord interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961 ; 4° La cotisation versée à l'Association nationale pour l'emploi et la formation en agriculture, rendue obligatoire, en application de l'article L. 2261-15 du code du travail, par l'arrêté du 15 septembre 2006 portant extension d'un avenant à l'accord collectif national de travail sur l'emploi dans les exploitations et entreprises agricoles ; 5° La cotisation versée au conseil des études, recherches et perspectives pour la gestion prévisionnelle des emplois en agriculture et son développement, dénommé PROVEA, rendue obligatoire, en application de l'article L. 2261-15 du code du travail, par l'arrêté du 28 octobre 2002 portant extension d'un accord collectif national de travail sur les saisonniers, sur diverses dispositions sur les contrats à durée déterminée et sur l'organisation de la gestion prévisionnelle de l'emploi en agriculture ; 6° La cotisation versée à l'Association pour le financement de la négociation collective en agriculture, rendue obligatoire, en application de l'article L. 2261-15 du code du travail, par l'arrêté du 26 mars 1992 portant extension d'un accord national relatif à l'organisation de la négociation collective en agriculture ; 7° La cotisation due au titre du fonctionnement du service de santé et de sécurité au travail prévue à l'article L. 717-2-1. II.-Cette prise en charge est calculée selon les modalités et le barème dégressif prévus à l'article L. 741-16. Cette prise en charge donne lieu à compensation intégrale par l'Etat. Elle est cumulable avec le bénéfice des exonérations totales ou partielles de cotisations patronales prévues aux articles L. 741-5 et L. 741-16 du présent code ainsi qu'avec la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale. IV.-Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.	~~1° La participation des employeurs au développement de la formation professionnelle continue, prévue à l'article L. 6331-1 du code du travail ;~~ ~~2° La cotisation de la retraite complémentaire obligatoire des salariés versée aux institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 727-2 du présent code ;~~ ~~3° La cotisation versée à l'Association pour la gestion du fonds de financement, rendue obligatoire, en application des articles L. 911-3 et L. 911-4 du code de la sécurité sociale, par l'arrêté du 23 décembre 2009 portant extension et élargissement de l'accord relatif à la prorogation de l'accord du 13 novembre 2003 conclu le 23 mars 2009 par les organisations signataires de la convention collective du 14 mars 1947 et de l'accord interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961 ;~~ ~~4° La cotisation versée à l'Association nationale pour l'emploi et la formation en agriculture, rendue obligatoire, en application de l'article L. 2261-15 du code du travail, par l'arrêté du 15 septembre 2006 portant extension d'un avenant à l'accord collectif national de travail sur l'emploi dans les exploitations et entreprises agricoles ;~~ ~~5° La cotisation versée au conseil des études, recherches et perspectives pour la gestion prévisionnelle des emplois en agriculture et son développement, dénommé PROVEA, rendue obligatoire, en application de l'article L. 2261-15 du code du travail, par l'arrêté du 28 octobre 2002 portant extension d'un accord collectif national de travail sur les saisonniers, sur diverses dispositions sur les contrats à durée déterminée et sur l'organisation de la gestion prévisionnelle de l'emploi en agriculture ;~~ ~~6° La cotisation versée à l'Association pour le financement de la négociation collective en agriculture, rendue obligatoire, en application de l'article L. 2261-15 du code du travail, par l'arrêté du 26 mars 1992 portant extension d'un accord national relatif à l'organisation de la négociation collective en agriculture ;~~ ~~7° La cotisation due au titre du fonctionnement du service de santé et de sécurité au travail prévue à l'article L. 717-2-1.~~ ~~II.-Cette prise en charge est calculée selon les modalités et le barème dégressif prévus à l'article L. 741-16.~~ ~~Cette prise en charge donne lieu à compensation intégrale par l'Etat. Elle est cumulable avec le bénéfice des exonérations totales ou partielles de cotisations patronales prévues aux articles L. 741-5 et L. 741-16 du présent code ainsi qu'avec la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale.~~ ~~IV.-Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.~~
Code des transports	
Article L. 5553-11	Article L. 5553-11 modifié
Les entreprises d'armement maritime sont exonérées de la contribution patronale mentionnée à l'article L. 5553-1	Les entreprises d'armement maritime sont exonérées de la contribution patronale mentionnée à l'article L. 5553-1

du présent code, de la cotisation d'allocations familiales mentionnée à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale et de la contribution à l'allocation d'assurance contre le risque de privation d'emploi mentionnée à l'article L. 5422-9 du code du travail dues par les employeurs, pour les équipages et les gens de mer que ces entreprises emploient, qui sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins et qui sont embarqués à bord des navires de commerce battant pavillon français affectés à des activités de transport ou à des activités de services maritimes soumises aux orientations de l'Union européenne sur les aides d'Etat au transport maritime, soumises à titre principal à une concurrence internationale.	du présent code, de la cotisation d'allocations familiales mentionnée à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale et de la contribution à l'allocation d'assurance contre le risque de privation d'emploi mentionnée à l'article L. 5422-9 du code du travail dues par les employeurs, pour les équipages et les gens de mer que ces entreprises emploient, qui sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins et qui sont embarqués à bord des navires de commerce dirigés et contrôlés à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, battant pavillon français ou d'un autre État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique, et affectés à des activités de transport ou à des activités de services maritimes soumises aux orientations de l'Union européenne sur les aides d'Etat au transport maritime, soumises à titre principal à une concurrence internationale. Le bénéfice des exonérations prévues à l'alinéa précédent est conditionné au fait que les membres de l'équipage des navires sur lesquels des marins sont concernés par l'exonération sont, dans une proportion d'au moins 25 % des ressortissants d'un État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique. Cette proportion est calculée sur la base de la fiche d'effectif et s'apprécie sur l'ensemble de la flotte composée des navires embarquant au moins un marin pour lequel l'employeur bénéficie de l'exonération prévue au présent article.
Code du travail	
Article L. 5134-31	Article L. 5134-31 modifié
Les embauches réalisées en contrat d'accompagnement dans l'emploi donnent droit à l'exonération : 1° Des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, pendant la durée d'attribution de l'aide à l'insertion professionnelle, sans qu'il soit fait application des dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Toutefois, les cotisations afférentes à la partie de la rémunération qui excède un montant fixé par décret ne donnent pas lieu à exonération ; 2° De la taxe sur les salaires ; 3° De la taxe d'apprentissage ; 4° Des participations dues par les employeurs au titre de l'effort de construction.	Les embauches réalisées en contrat d'accompagnement dans l'emploi donnent droit à l'exonération : 1° Pour les personnes mentionnées au 1° et 2° de l'article L. 5134-21, des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, pendant la durée d'attribution de l'aide à l'insertion professionnelle, sans qu'il soit fait application des dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Toutefois, les cotisations afférentes à la partie de la rémunération qui excède un montant fixé par décret ne donnent pas lieu à exonération ; 2° De la taxe sur les salaires ; 3° De la taxe d'apprentissage ; 4° Des participations dues par les employeurs au titre de l'effort de construction.
Article L. 5134-59	Article L. 5134-59 modifié
L'aide de l'Etat peut être cumulée avec les réductions et les allègements de cotisations prévus aux articles L. 241-6-4 et L. 241-13 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'article L. 241-13 du même code tel que visé par l'article L. 741-4 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 741-5 du même code.	L'aide de l'Etat peut être cumulée avec les réductions et les allègements de cotisations prévus aux articles L. 241-6-4 et L. 241-13 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'article L. 241-13 du même code tel que visé par l'article L. 741-4 du code rural et de la pêche maritime ~~et à l'article L. 741-5 du même code.~~

Elle ne peut être cumulée avec une autre aide à l'emploi attribuée par l'Etat. Toutefois, les employeurs embauchant des jeunes en contrat de professionnalisation à durée indéterminée peuvent bénéficier de cette aide.	Elle ne peut être cumulée avec une autre aide à l'emploi attribuée par l'Etat. Toutefois, les employeurs embauchant des jeunes en contrat de professionnalisation à durée indéterminée peuvent bénéficier de cette aide.
Article L. 6227-8	Article L. 6227-8 modifié
L'apprenti est affilié au régime général de la sécurité sociale pour tous les risques et au régime complémentaire de retraite institué au profit des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités territoriales ou au profit des agents des autres personnes morales de droit public mentionnées à l'article L. 6227-1. Les validations de droit à l'assurance vieillesse sont opérées selon les conditions fixées au second alinéa du II de l'article L. 6243-2.	L'apprenti est affilié au régime général de la sécurité sociale pour tous les risques et au régime complémentaire de retraite institué au profit des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités territoriales ou au profit des agents des autres personnes morales de droit public mentionnées à l'article L. 6227-1. Les validations de droit à l'assurance vieillesse sont opérées selon les conditions fixées ~~au second alinéa du II de l'article L. 6243-2.~~ à l'article L.6243-3.
	Article L. 6227-8-1 (nouveau)
	L'employeur est exonéré de la totalité des cotisations sociales patronales et salariales d'origine légale et conventionnelle, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.
Article L. 6243-2	Article L. 6243-2 modifié
I. - A l'exception des cotisations d'assurance vieillesse et veuvage de base, l'assiette des cotisations et contributions sociales dues sur le salaire versé aux apprentis est égale à la rémunération après abattement d'un pourcentage, déterminé par décret, du salaire minimum de croissance. II. - Pour les employeurs inscrits au répertoire des métiers, ainsi que pour ceux employant moins de onze salariés au 31 décembre précédant la date de conclusion du contrat, non compris les apprentis, l'employeur est exonéré de la totalité des cotisations sociales patronales et salariales d'origine légale et conventionnelle, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Pour les employeurs autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa, l'employeur est exonéré uniquement des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, et des cotisations salariales d'origine légale et conventionnelle.	L'apprenti est exonéré de la totalité des cotisations et contributions salariales d'origine légale et conventionnelle pour la part de sa rémunération inférieure ou égale à un plafond fixé par décret. ~~I. — A l'exception des cotisations d'assurance vieillesse et veuvage de base, l'assiette des cotisations et contributions sociales dues sur le salaire versé aux apprentis est égale à la rémunération après abattement d'un pourcentage, déterminé par décret, du salaire minimum de croissance.~~ ~~II. — Pour les employeurs inscrits au répertoire des métiers, ainsi que pour ceux employant moins de onze salariés au 31 décembre précédant la date de conclusion du contrat, non compris les apprentis, l'employeur est exonéré de la totalité des cotisations sociales patronales et salariales d'origine légale et conventionnelle, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.~~ ~~Pour les employeurs autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa, l'employeur est exonéré uniquement des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, et des cotisations salariales d'origine légale et conventionnelle.~~
Article L. 6243-3	Article L. 6243-3 modifié
L'Etat prend en charge les cotisations et contributions sociales des apprentis qui font l'objet d'exonérations, dans les conditions suivantes :	~~L'Etat prend en charge les cotisations et contributions sociales des apprentis qui font l'objet d'exonérations, dans les conditions suivantes :~~

1° Sur une base forfaitaire globale, pour les cotisations dues au titre des articles L. 3253-14, L. 5423-3 et L. 5424-15 ; 2° Sur la base d'un taux forfaitaire déterminé par décret, pour le versement pour les transports prévu aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ; 3° Sur une base forfaitaire suivant des modalités déterminées par décret, pour les autres cotisations et contributions. Le fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale prend à sa charge, dans des conditions fixées par décret, le versement d'un complément de cotisations d'assurance vieillesse afin de valider auprès des régimes de base un nombre de trimestres correspondant à la durée du contrat d'apprentissage.	~~1° Sur une base forfaitaire globale, pour les cotisations dues au titre des articles L. 3253-14, L. 5423-3 et L. 5424-15 ;~~ ~~2° Sur la base d'un taux forfaitaire déterminé par décret, pour le versement pour les transports prévu aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;~~ ~~3° Sur une base forfaitaire suivant des modalités déterminées par décret, pour les autres cotisations et contributions.~~ Le fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale prend à sa charge, dans des conditions fixées par décret, le versement d'un complément de cotisations d'assurance vieillesse afin de valider auprès des régimes de base un nombre de trimestres correspondant à la durée du contrat d'apprentissage.
Article L. 6261-1	Article L. 6261-1
Dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, les dispositions des articles L. 6243-2 et L. 6243-3 sont applicables aux employeurs inscrits au registre des entreprises.	~~Dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, les dispositions des articles L. 6243-2 et L. 6243-3 sont applicables aux employeurs inscrits au registre des entreprises.~~
Article L. 6325-16	Article L. 6325-16
Les contrats à durée déterminée et les actions de professionnalisation ouvrent droit à une exonération des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, applicable aux gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, versés par les employeurs aux demandeurs d'emploi âgés de quarante-cinq ans et plus.	~~Les contrats à durée déterminée et les actions de professionnalisation ouvrent droit à une exonération des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, applicable aux gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, versés par les employeurs aux demandeurs d'emploi âgés de quarante-cinq ans et plus.~~
Article L. 6325-17	Article L. 6325-17
Les contrats à durée déterminée et les actions de professionnalisation conclus par les groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification mentionnés à l'article L. 1253-1 qui organisent des parcours d'insertion et de qualification au profit soit de jeunes âgés de seize à vingt-cinq ans révolus sortis du système scolaire sans qualification ou rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi, soit de demandeurs d'emploi âgés de quarante-cinq ans et plus, ouvrent droit à une exonération des cotisations à la charge de l'employeur au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, applicable aux gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime. Un décret précise les conditions dans lesquelles un groupement d'employeurs peut bénéficier de cette exonération.	~~Les contrats à durée déterminée et les actions de professionnalisation conclus par les groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification mentionnés à l'article L. 1253-1 qui organisent des parcours d'insertion et de qualification au profit soit de jeunes âgés de seize à vingt-cinq ans révolus sortis du système scolaire sans qualification ou rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi, soit de demandeurs d'emploi âgés de quarante-cinq ans et plus, ouvrent droit à une exonération des cotisations à la charge de l'employeur au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, applicable aux gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime. Un décret précise les conditions dans lesquelles un groupement d'employeurs peut bénéficier de cette exonération.~~
Article L. 6325-18	Article L. 6325-18

Le montant de l'exonération applicable au titre des articles L. 6325-16 ou L. 6325-17 est égal à celui des cotisations afférentes à la fraction de la rémunération n'excédant pas le produit du salaire minimum de croissance par le nombre d'heures rémunérées, dans la limite de la durée légale du travail calculée sur le mois, ou, si elle est inférieure, la durée conventionnelle applicable dans l'établissement.	~~Le montant de l'exonération applicable au titre des articles L. 6325-16 ou L. 6325-17 est égal à celui des cotisations afférentes à la fraction de la rémunération n'excédant pas le produit du salaire minimum de croissance par le nombre d'heures rémunérées, dans la limite de la durée légale du travail calculée sur le mois, ou, si elle est inférieure, la durée conventionnelle applicable dans l'établissement.~~
Article L. 6325-19	Article L. 6325-19
L'exonération applicable au titre des articles L. 6325-16 ou L. 6325-17 porte sur les cotisations afférentes aux rémunérations dues jusqu'à la fin du contrat de professionnalisation lorsqu'il est à durée déterminée, ou de l'action de professionnalisation lorsqu'il est à durée indéterminée.	~~L'exonération applicable au titre des articles L. 6325-16 ou L. 6325-17 porte sur les cotisations afférentes aux rémunérations dues jusqu'à la fin du contrat de professionnalisation lorsqu'il est à durée déterminée, ou de l'action de professionnalisation lorsqu'il est à durée indéterminée.~~
Article L. 6325-20	Article L. 6325-20
Un décret précise les modalités de calcul de l'exonération applicable au titre des articles L. 6325-16 ou L. 6325-17 pour les salariés : 1° Dont la rémunération ne peut être déterminée selon un nombre d'heures de travail accomplies ; 2° Dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération.	~~Un décret précise les modalités de calcul de l'exonération applicable au titre des articles L. 6325-16 ou L. 6325-17 pour les salariés : 1° Dont la rémunération ne peut être déterminée selon un nombre d'heures de travail accomplies ; 2° Dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération.~~
Article L. 6325-21	Article L. 6325-21
Le bénéfice de l'exonération prévue à l'article L. 6325-16 ne peut être cumulé avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations, à l'exception de l'exonération prévue à l'article L. 6325-17 et de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale. Le bénéfice de l'exonération prévue à l'article L. 6325-17 du présent code est cumulable avec le régime de réductions prévu à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Il est subordonné au respect par l'employeur des obligations mises à sa charge par le présent chapitre.	~~Le bénéfice de l'exonération prévue à l'article L. 6325-16 ne peut être cumulé avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations, à l'exception de l'exonération prévue à l'article L. 6325-17 et de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale. Le bénéfice de l'exonération prévue à l'article L. 6325-17 du présent code est cumulable avec le régime de réductions prévu à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Il est subordonné au respect par l'employeur des obligations mises à sa charge par le présent chapitre.~~
Article L. 6325-22	Article L. 6325-22
Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération applicable au titre des articles L. 6325-16 ou L. 6325-17 peut être retiré en cas de manquement aux obligations mentionnées au présent chapitre.	~~Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération applicable au titre des articles L. 6325-16 ou L. 6325-17 peut être retiré en cas de manquement aux obligations mentionnées au présent chapitre.~~
Loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014	
Article 20	Article 20 modifié

II.- L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à la part des cotisations d'assurance vieillesse dont l'assiette est comprise entre la base mentionnée au 3° de l'article L. 6243-3 du code du travail et la rémunération de l'apprenti au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. (...) IV. - A. - Les embauches réalisées en contrat à durée déterminée en application de l'article L. 5132-15-1 du code du travail et ouvrant droit au versement de l'aide mentionnée à l'article L. 5132-2 du même code donnent lieu, sur la part de la rémunération inférieure ou égale au salaire minimum de croissance, pendant la durée d'attribution de cette aide, à une exonération : 1° Des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales ; 2° De la taxe sur les salaires ; 3° De la taxe d'apprentissage ; 4° Des participations dues par les employeurs au titre de l'effort de construction.	~~II.- L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à la part des cotisations d'assurance vieillesse dont l'assiette est comprise entre la base mentionnée au 3° de l'article L. 6243-3 du code du travail et la rémunération de l'apprenti au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.~~ (...) IV. - A. - Les embauches réalisées en contrat à durée déterminée en application de l'article L. 5132-15-1 du code du travail et ouvrant droit au versement de l'aide mentionnée à l'article L. 5132-2 du même code donnent lieu, sur la part de la rémunération inférieure ou égale au salaire minimum de croissance, pendant la durée d'attribution de cette aide, à une exonération : 1° Pour les employeurs publics figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 5132-15 du code du travail, des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales 2° De la taxe sur les salaires ; 3° De la taxe d'apprentissage ; 4° Des participations dues par les employeurs au titre de l'effort de construction.

Article 9 - Prolongation de la durée de l'exonération ACCRE pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole

I. Présentation de la mesure

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

Cette mesure vise à assurer une équité de traitement en permettant une application homogène de l'exonération de début d'activité prévue par l'article L.131-6-4 du code de la sécurité sociale à l'ensemble des entreprises créées ou reprises relevant d'un régime fiscal de micro bénéfices.

Elle a également pour objectif de favoriser l'installation en agriculture en permettant aux personnes créant ou reprenant une entreprise agricole de bénéficier d'un allègement de charges sociales sur une période pouvant aller jusqu'à 36 mois, au lieu d'un an actuellement.

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

a) Mesure proposée

Actuellement, les travailleurs indépendants agricoles et non agricoles demandeurs d'emploi bénéficient d'un mécanisme d'exonération de certaines de leurs cotisations sociales, appelé ACCRE (*Aide à la création et à la reprise d'entreprise*) applicable pendant les douze premiers mois d'activité à compter de la date de création ou de reprise de l'entreprise.

L'article 13 de la loi de financement de sécurité sociale (LFSS) pour 2018 a élargi le champ des bénéficiaires de l'exonération, lequel substitue au dispositif de l'ACCRE un mécanisme général d'exonération en début d'activité à compter de 2019.

Une prolongation du dispositif ACCRE est toujours prévue pour les personnes créant ou reprenant une entreprise relevant d'un régime micro-fiscal (micro-BIC ou micro-BNC). Faute pour la très grande majorité des exploitants agricoles de pouvoir disposer d'un régime fiscal de micro-entreprise propre aux bénéfices agricoles, les travailleurs indépendants agricoles étaient par conséquent exclus du champ de la prolongation ; seuls les exploitants agricoles soumis au micro-BIC ou micro-BNC pouvaient en bénéficier.

Ainsi, les travailleurs indépendants agricoles créant ou reprenant une entreprise et soumis au régime fiscal des micro-BIC ou des micro-BNC peuvent bénéficier d'une prolongation de l'exonération :

- du 13^e au 24^e mois, à hauteur des 2/3 du montant exonéré au titre de la période initiale ;
- du 25^e au 36^e mois, à hauteur d'1/3 du montant exonéré au titre de la période initiale.

En revanche, en l'absence de disposition le prévoyant expressément, la prolongation de l'exonération reste inaccessible aux exploitants imposés selon les règles du régime fiscal des micro-bénéfices agricoles (micro-BA).

En cohérence avec la volonté portée par la LFSS pour 2018 de favoriser la création et le développement des entreprises nouvelles avec l'élargissement du champ des bénéficiaires de l'exonération et la mise en place d'un mécanisme général d'exonération en début d'activité à compter de 2019, une intervention du législateur est donc nécessaire afin de renforcer l'attractivité du nouveau dispositif d'exonération en ouvrant plus largement les conditions de sa prolongation.

Il est proposé d'étendre le bénéfice de la prolongation de l'exonération prévue en début d'activité aux entreprises créées ou reprises entrant dans le champ de l'article 64 bis du code général des impôts (*régime fiscal des micro-bénéfices agricoles applicable lorsque la moyenne des recettes hors taxes de l'exploitation au cours des trois dernières années n'excède pas un plafond fiscal fixé à 82 200 €*).

Il convient à cet effet de modifier le II^e de l'article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale en visant les entreprises relevant de l'article 64 bis du code général des impôts à côté de celles entrant dans le champ des articles 50-0 et 102 ter du même code.

b) Autres options possibles

Il n'existe pas d'autre option possible.

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

Cette mesure a sa place en loi de financement de la sécurité sociale au regard de son impact sur l'équilibre financier du régime concerné, conformément aux dispositions du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il n’existe pas de règlements ou de jurisprudences s’appliquant spécifiquement à ce sujet.

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

a) Possibilité de codification

L’article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale doit être modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Sur la base des données sur les cotisants de 2017, les bénéficiaires de l’exonération JA, relevant du micro-BA, en 2^e et 3^e années représentent potentiellement 3 200 cotisants par an. Le coût liée à l’ exonération d’une année de cotisations représenterait 0,8M€ (estimation CCMSA).

La variation due à la prolongation de l'exonération ACCRE pour les exploitants relevant du micro-BA aboutirait donc à un coût de :

- 0,5 M€ au titre de l'année 2019 (pour les installés 2018 bénéficiaires de la 2ème année de l'exonération ACCRE) ;

-0,8 M€ au titre de l'année 2020 (pour les installés 2018 bénéficiaires de la 3ème année de l'exonération ACCRE et pour les installés 2019 bénéficiaires de la 2ème année de l'exonération ACCRE) ;

-0,8 M€ au titre de l'année 2021 (pour les installés 2019 bénéficiaires de la 3ème année de l'exonération ACCRE et pour les installés 2020 bénéficiaires de la 2ème année d'exonération ACCRE.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 (P ou R)	2020	2021	2022
CCMSA/NSA	0	-0,5	-0,8	-0,8	

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

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

a) impacts économiques

Cette mesure aura un impact économique favorable sur la trésorerie des entreprises.

En effet, elle permettra d'alléger les charges liées notamment aux investissements réalisés lors des premières années d'installation.

b) impacts sociaux

Les dispositifs d'exonération ne conduisent pas à obérer les droits sociaux des individus bénéficiaires.

• Impact sur les jeunes

La mesure devrait accompagner et renforcer le soutien à l'installation de jeunes en agriculture.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Les assurés devront formuler une demande expresse auprès de leur MSA pour bénéficier de la prolongation de l'exonération.

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

Une adaptation du produit informatique de la MSA sera à prévoir pour la gestion de l'entrée d'une nouvelle population dans le dispositif de la prolongation.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

L'article D. 131-6-2 du code de la sécurité sociale relatif à la détermination des conditions dans lesquelles s'effectue la prolongation du dispositif d'exonération et qui vise les travailleurs indépendants relevant des régimes des micro-BIC et micro-BNC, devra être modifié pour y viser également ceux relevant du micro-BA.

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

La mesure sera mise en œuvre à compter du 1er Janvier 2019.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure devra faire l'objet d'une information aux assurés par la MSA, notamment sur le site des caisses de MSA.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi du coût de la mesure ne sera pas nécessaire.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L.131-6-4 actuel	Article L. 131-6-4 modifié
I.-Bénéficiaire de l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales dont elles sont redevables au titre de l'exercice de leur activité les personnes qui créent ou reprennent une activité professionnelle ou entreprennent l'exercice d'une autre profession non salariée soit à titre indépendant relevant de l'article L. 611-1 du présent code ou de l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime, soit sous la forme d'une société, à condition d'en exercer effectivement le contrôle, notamment dans le cas où cette création ou reprise prend la forme d'une société mentionnée aux 11°, 12° ou 23° de l'article L. 311-3 du présent code ou aux 8° ou 9° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime. II.-L'exonération mentionnée au I est accordée pour une période de douze mois. Lorsque le revenu ou la rémunération est inférieur ou égal aux trois quarts du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, l'exonération est totale. Au-delà de ce seuil de revenu ou de rémunération, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque le revenu ou la rémunération est égal au plafond annuel de la sécurité sociale. La durée de l'exonération, totale ou partielle, peut être prolongée dans des conditions et limites fixées par décret lorsque l'entreprise créée ou reprise entre dans le champ de l'article 50-0 du code général des impôts. Il en va de même lorsque les personnes mentionnées au I ont opté pour le régime prévu à l'article 102 ter du même code. L'exonération prévue à l'alinéa précédent porte : 1° Sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié et afférentes à la fraction des rémunérations versées au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de salariés ; 2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de non-salariés. L'exonération doit être demandée par l'employeur dans le cas mentionné au 1° et par le non-salarié dans le cas mentionné au 2°. Pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7, l'exonération de cotisations de sécurité sociale prévue au présent article cesse de s'appliquer, dans des conditions définies par décret, à la date à laquelle ces travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes prévus aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de cette exonération et dues au titre de la période courant à compter de cette date font l'objet d'une régularisation, dans des conditions	I.-Bénéficiaire de l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales dont elles sont redevables au titre de l'exercice de leur activité les personnes qui créent ou reprennent une activité professionnelle ou entreprennent l'exercice d'une autre profession non salariée soit à titre indépendant relevant de l'article L. 611-1 du présent code ou de l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime, soit sous la forme d'une société, à condition d'en exercer effectivement le contrôle, notamment dans le cas où cette création ou reprise prend la forme d'une société mentionnée aux 11°, 12° ou 23° de l'article L. 311-3 du présent code ou aux 8° ou 9° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime. II.-L'exonération mentionnée au I est accordée pour une période de douze mois. Lorsque le revenu ou la rémunération est inférieur ou égal aux trois quarts du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, l'exonération est totale. Au-delà de ce seuil de revenu ou de rémunération, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque le revenu ou la rémunération est égal au plafond annuel de la sécurité sociale. La durée de l'exonération, totale ou partielle, peut être prolongée dans des conditions et limites fixées par décret lorsque l'entreprise créée ou reprise entre dans le champ de l'article 50-0 ou de l'article 64 bis du code général des impôts. Il en va de même lorsque les personnes mentionnées au I ont opté pour le régime prévu à l'article 102 ter du même code. L'exonération prévue à l'alinéa précédent porte : 1° Sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié et afférentes à la fraction des rémunérations versées au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de salariés ; 2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de non-salariés. L'exonération doit être demandée par l'employeur dans le cas mentionné au 1° et par le non-salarié dans le cas mentionné au 2°. Pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7, l'exonération de cotisations de sécurité sociale prévue au présent article cesse de s'appliquer, dans des conditions définies par décret, à la date à laquelle ces travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes prévus aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de cette exonération et dues au titre de la période courant à compter de cette date font l'objet d'une régularisation, dans des conditions

définies par décret.

III.-Le bénéfice de l'exonération mentionnée au I du présent article ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 613-1 et L. 621-3 du présent code et à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.

IV.-Une personne ne peut bénéficier de l'exonération mentionnée au I pendant une période de trois ans à compter de la date à laquelle elle a cessé d'en bénéficier au titre d'une activité antérieure.

définies par décret.

L'alinéa précédent s'applique aux travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L.722-1 du code rural et de la pêche maritime et qui cessent de bénéficier du régime prévu à l'article 64 bis du code général des impôts.

III.-Le bénéfice de l'exonération mentionnée au I du présent article ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 613-1 et L. 621-3 du présent code et à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.

IV.-Une personne ne peut bénéficier de l'exonération mentionnée au I pendant une période de trois ans à compter de la date à laquelle elle a cessé d'en bénéficier au titre d'une activité antérieure.

Article 10 - Rendre plus équitable la cotisation subsidiaire d'assurance maladie

I. Présentation de la mesure

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

La substitution de la protection universelle maladie (PUMa) à la couverture maladie universelle de base (CMU-b) a permis de supprimer les conditions d'ouverture de droit pour le bénéfice de la prise en charge des frais de santé et de faire disparaître la notion d'ayant-droit majeur. La mise en place de la PUMa procède en cela d'une logique de droits individuels, attribués sur seul critère de résidence et attachés à la personne, quelles que soient sa situation personnelle ou professionnelle ou son régime d'affiliation.

Les dispositions législatives issues de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 32) ont modifié la cotisation d'assurance maladie acquittée au titre de la cotisation maladie universelle de base (les personnes qui n'étaient pas affiliées à un régime obligatoire de base de sécurité sociale en raison de l'absence d'activité professionnelle étaient jusqu'en 2016 redevables d'une cotisation dite CMU-b assise principalement sur les revenus du capital, en contrepartie de leur affiliation à la CMU) afin de l'adapter au nouvel environnement juridique. Afin d'assurer une juste contribution des assurés disposant de revenus du capital suffisant l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale, prévoit ainsi que les personnes assurées à la sécurité sociale disposant de revenus du capital mais qui ne perçoivent pas de revenus de remplacement ou dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil (fixé à 10 % du PASS)¹, sont redevables d'une cotisation subsidiaire d'assurance maladie assise sur les revenus du capital.

De manière similaire à la cotisation CMU-b, la cotisation subsidiaire maladie pèse ainsi sur les revenus du capital des personnes inactives ou dont les revenus d'activité sont trop faibles pour que leur contribution au régime obligatoire d'assurance maladie au titre des cotisations dues sur ces revenus soit considérée comme suffisante, dans la mesure où ces personnes résidant en France sont assurées obligatoirement en France au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. Afin de ne soumettre à cotisation que les personnes disposant de revenus du capital suffisants, la cotisation, au taux de 8 % comme celle à laquelle elle a succédé, n'est due que pour la fraction de ces revenus supérieure à 25 % du PASS, soit environ 10 000 euros.

La cotisation instituée présente toutefois des inconvénients importants qui justifient un nouvel ajustement de ses modalités d'assiette et d'assujettissement. En effet :

- un petit nombre de personnes exerçant une activité professionnelle régulière et substantielle mais dont les revenus sont faibles ou nuls, qui étaient auparavant non assujetties à la cotisation CMU-b, sont aujourd'hui incluses dans le champ d'application de la cotisation subsidiaire. Il s'agit en particulier de travailleurs indépendants ou d'exploitants agricoles. Lorsqu'ils ne réalisent pas ou peu de bénéfices à raison de leur activité, leurs revenus du capital (placement ou patrimoine) sont en effet en application des dispositions actuelles susceptibles d'être soumis à la cotisation ;
- en outre, la cotisation subsidiaire ne garantit qu'imparfaitement la juste contribution de l'ensemble des revenus au financement de l'assurance maladie, notamment s'agissant des personnes qui perçoivent un montant élevé de revenus du capital mais dont les revenus d'activité dépassent de peu le plafond d'assujettissement à la cotisation ;
- cette différence est d'autant plus élevée que la cotisation subsidiaire est acquittée personnellement par l'assuré à un taux supérieur à celui acquitté par les travailleurs indépendants sur leurs revenus d'activité et que son assiette n'est pas plafonnée.

Enfin, le mécanisme de lissage de la cotisation pour des revenus proches du montant minimal de revenus d'activité nécessaire pour être dispensé de la cotisation subsidiaire² ne permet pas de pallier les effets de seuils résultant de l'application de la cotisation, notamment pour les personnes percevant des revenus du capital importants et des revenus d'activité relativement faibles (autour de 10 % du PASS). Il convient de noter par ailleurs que certaines personnes ont reçu un avis d'appel à la cotisation alors qu'elles n'avaient auparavant pas fait dans le cadre du dispositif juridique en vigueur jusqu'en 2015 la démarche pourtant obligatoire de s'affilier (cf. ci-dessous). Le nombre plus élevé de redevables s'explique en effet pour l'essentiel par le fait que les assurés n'ayant plus à faire de démarche d'affiliation à l'assurance maladie sont également identifiés automatiquement comme redevables de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie. Cette modification des modalités de perception, en assurant un meilleur taux de recouvrement, a conduit certains assurés à devoir s'acquitter d'une cotisation qu'ils n'acquittaient pas antérieurement.

À l'heure actuelle, on estime qu'environ 60 000 personnes sont redevables de la cotisation (données 2017) pour un rendement estimé à 130 millions d'euros en 2018.

¹ Soit 3 923 € pour un PASS fixé à 39 228 € en 2017.

² Ce mécanisme s'applique pour les revenus d'activité supérieurs à la moitié du seuil de revenus d'activité de 10 % du PASS.

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

a) Mesure proposée

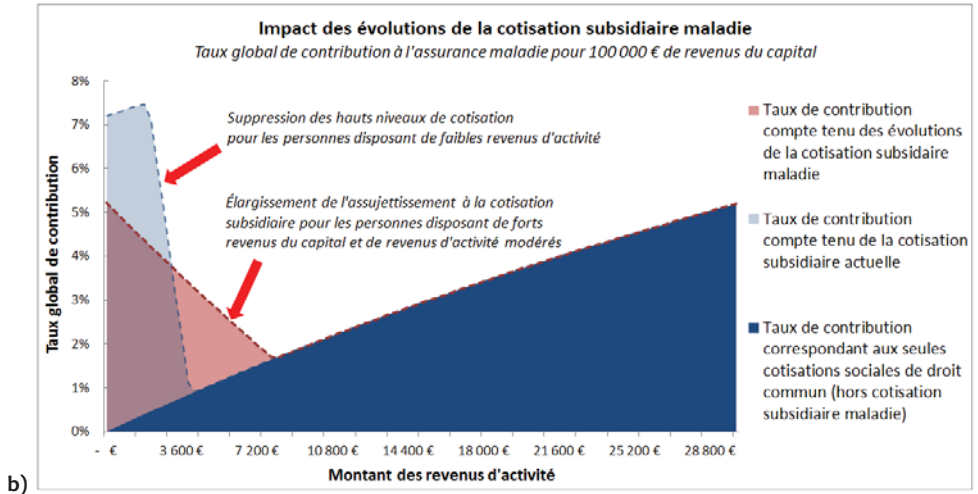
Il est proposé donc de modifier les modalités d'application de la cotisation subsidiaire maladie par les dispositions législatives et réglementaires suivantes :

- Tenir compte de la situation particulière des travailleurs indépendants et exploitants agricoles actifs : ils bénéficieront d'une exonération de cotisation subsidiaire d'assurance maladie dès lors qu'ils sont assujettis par ailleurs à des cotisations de sécurité sociale au moins égales aux cotisations minimales du fait de leur activité professionnelle;
- Rendre plus justes les modalités de calcul de la cotisation :
 - o l'abattement d'assiette de la cotisation sera rehaussé à hauteur de 50 % du PASS (soit environ 20 000 €), de manière à éviter que des personnes percevant de faibles revenus globaux (au sein desquels les revenus du capital seraient prépondérants) s'acquittent de la cotisation ;
 - o le taux maximal de cotisation subsidiaire sera réduit par décret à 6,5 %, soit le même niveau que pour les travailleurs indépendants ;
 - o un mécanisme de décote linéaire de ce taux sera mis en place afin de mieux lisser le montant de la cotisation en fonction des revenus d'activité et d'éviter les effets de seuils résultant de l'application du seuil d'assujettissement actuel. Cette décote permettra une dégressivité de la cotisation due par les personnes ayant des revenus compris entre le seuil actuel et le double de ce seuil. Ainsi, au lieu de s'appliquer de 2 000 à 4 000 euros de revenus d'activité (niveau au-delà duquel la cotisation n'est plus exigible), la décote se déclenchera dès le 1^{er} euro. Elle s'appliquera jusqu'au nouveau seuil d'assujettissement qui sera porté à 20 % du PASS (soit environ 8 000 euros).
 - o un plafonnement de l'assiette de la cotisation sera introduit par la loi et permettra de garantir une juste contribution au financement de l'assurance-maladie. En effet, le niveau du plafond de l'assiette de la cotisation sera fixé par décret à 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit environ 318 000 €. Ce mécanisme permettra notamment de prendre en compte les situations liées à la perception de revenus exceptionnels.
- améliorer les conditions de recouvrement de la cotisation : une facilité de paiement pourra également être introduite par décret afin que les assurés puissent s'acquitter de la cotisation sur une base trimestrielle ou mensuelle.

Dans ces conditions, la cotisation subsidiaire s'avérera en conformité avec son objectif initial de juste contribution de l'ensemble des assurés au financement des prestations d'assurance maladie dont ils bénéficient. Il s'agit ainsi :

- de garantir un meilleur lissage du montant de la cotisation due en proportion des revenus d'activité perçus par l'assuré ;
- de façon incidente, d'éviter les comportements de contournement de la cotisation par une rationalisation (grâce à une décote plus progressive et au relèvement du seuil de non-assujettissement) de ses modalités de redevabilité.

Compte tenu des paramètres retenus et notamment de l'effet conjugué des différents mécanismes (renforcement de l'abattement d'assiette, décote de taux progressive et plafonnement), le nombre de redevables devrait être réduit d'un tiers (-20 000). Les redevables actuels seraient également bénéficiaires de la mesure du fait de la réduction du taux de la cotisation et du plafonnement de son assiette.



c) Autres options possibles

Il pourrait être proposé de mettre fin à la différence de traitement entre les assurés redevables de cette cotisation selon qu'ils sont mariés ou pacsés ou non. Les critères d'assujettissement à la cotisation de l'un des membres du couple ne seraient plus appréciés à l'aune des revenus d'activité ou de remplacement perçus par l'autre membre du couple mais sur la base des revenus d'activité individuels.

En effet, le maintien d'une exonération de cotisation au profit des couples dont l'un ou l'autre des membres perçoit des revenus d'activité ou de remplacement fragilise juridiquement le dispositif qui pourrait à ce titre être regardé comme une imposition de toute nature. Il pose également question au regard de la suppression de la notion d'ayant-droit lors de la réforme de la PUMA et apparaît en contradiction avec la logique d'une cotisation personnelle due par les assurés à raison des revenus du capital qu'ils perçoivent.

Dans le cadre de la cotisation actuelle, cette individualisation de la cotisation augmenterait le nombre de redevables potentiels d'environ 80 000 (contre 60 000 actuellement), soit un total de 140 000 assujettis.

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

Les dispositions du présent article concernent l'assiette et le taux de contributions affectées à la sécurité sociale et relèvent donc du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du CSS. Elles auront en outre un effet sur les recettes de ces régimes et relèvent ainsi également du 2° du B du V du même article.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes

nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante par la CJUE qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale,

du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres

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

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

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

a) Possibilité de codification

Modification de l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La modification des règles de la cotisation viendra en réduire son rendement de 40 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
		-40	-40	-40	-40

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

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

a) impacts économiques

Les impacts en termes de nombre de redevables et de montant de cotisation sont détaillés plus haut.

b) impacts sociaux

Néant.

- *Impact sur les jeunes*

Néant.

- *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Néant.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

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

Néant.

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

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

Les modalités de déclaration et de paiement de la cotisation ne sont pas modifiées par la loi.

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

La mesure n'aura pas d'impact majeur sur les modalités de recouvrement de la cotisation.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Décret simple et décret en Conseil d'État.

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

La mesure s'appliquera à compter de la cotisation due au titre de l'année 2019.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant.

d) Suivi de la mise en œuvre

Néant.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 380-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 380-2 modifié du code de la sécurité sociale
Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 sont redevables d'une cotisation annuelle lorsqu'elles remplissent les conditions suivantes : 1° Leurs revenus tirés, au cours de l'année considérée, d'activités professionnelles exercées en France sont inférieurs à un seuil fixé par décret. En outre, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, les revenus tirés d'activités professionnelles exercées en France de l'autre membre du couple sont également inférieurs à ce seuil ; 2° Elles n'ont perçu ni pension de retraite, ni rente, ni aucun montant d'allocation de chômage au cours de l'année considérée. Il en est de même, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, pour l'autre membre du couple. Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant des revenus fonciers, de capitaux mobiliers, des plus-values de cession à titre onéreux de biens ou de droits de toute nature, des bénéfices industriels et commerciaux non professionnels et des bénéfices des professions non commerciales non professionnels, définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts, qui dépasse un plafond fixé par décret. Servent également au calcul de l'assiette de la cotisation, lorsqu'ils ne sont pas pris en compte en application du IV de l'article 1417 du code général des impôts, l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie, notamment les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers, dont le bénéficiaire de la couverture maladie universelle a disposé, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. Ces éléments de train de vie font l'objet d'une évaluation dont les modalités sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis. Lorsque les revenus d'activité mentionnés au 1° sont inférieurs au seuil défini au même 1° mais supérieurs à la moitié de ce seuil, l'assiette de la cotisation fait l'objet d'un abattement dans des conditions fixées par décret. Cet abattement croît à proportion des revenus d'activité, pour atteindre 100 % à hauteur du seuil défini audit 1°. La cotisation est recouvrée l'année qui suit l'année considérée, mentionnée aux 1° et 2° du présent article, selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et	Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 sont redevables d'une cotisation annuelle lorsqu'elles remplissent les conditions suivantes : 1° Leurs revenus tirés, au cours de l'année considérée, d'activités professionnelles exercées en France sont inférieurs à un seuil fixé par décret. En outre, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, les revenus tirés d'activités professionnelles exercées en France de l'autre membre du couple sont également inférieurs à ce seuil ; 2° Elles n'ont perçu ni pension de retraite, ni rente, ni aucun montant d'allocation de chômage au cours de l'année considérée. Il en est de même, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, pour l'autre membre du couple. Cette cotisation est assise sur le fixe en pourcentage du montant des revenus fonciers, de capitaux mobiliers, des plus-values de cession à titre onéreux de biens ou de droits de toute nature, des bénéfices industriels et commerciaux non professionnels et des bénéfices des professions non commerciales non professionnels, définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts, ~~qui dépasse un plafond fixé par décret~~. Servent également au calcul de l'assiette de la cotisation, lorsqu'ils ne sont pas pris en compte en application du IV de l'article 1417 du code général des impôts, l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie, notamment les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers, dont le bénéficiaire de la couverture maladie universelle a disposé, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. Ces éléments de train de vie font l'objet d'une évaluation dont les modalités sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis. L'assiette de la cotisation fait l'objet d'un abattement fixé par décret. Cette assiette, avant application de l'abattement, ne peut excéder un montant fixé par décret. ~~Lorsque les revenus d'activité mentionnés au 1° sont inférieurs au seuil défini au même 1° mais supérieurs à la moitié de ce seuil, l'assiette de la cotisation fait l'objet d'un abattement dans des conditions fixées par décret. Cet abattement croît à proportion des revenus d'activité, pour atteindre 100 % à hauteur du seuil défini audit 1°.~~ Le montant de la cotisation est égal au produit de l'assiette et d'un taux dont la valeur, fixée par décret, décroît linéairement à proportion des revenus d'activité et devient nul lorsque ces revenus atteignent le seuil mentionné au 1°. La cotisation est recouvrée l'année qui suit l'année

du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret du Conseil d'Etat. Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-2 les informations nominatives déclarées pour l'établissement de l'impôt sur le revenu par les personnes remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 380-2, conformément à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales.	considérée, mentionnée aux 1° et 2° du présent article, selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret ~~du~~ en Conseil d'Etat. Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-2 les informations nominatives déclarées pour l'établissement de l'impôt sur le revenu par les personnes remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 380-2, conformément à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales.

Article 11 - Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement

I. Présentation de la mesure

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

Depuis le 1^{er} janvier 2015, le revenu fiscal de référence (RFR) est devenu le seul critère d'assujettissement aux contributions sociales.

Afin de tenir compte de la situation des plus modestes, les contributions dues sur les revenus de remplacement sont progressives et dépendent du niveau du revenu fiscal de référence.

Le RFR de l'avant dernière année permet dorénavant entièrement de déterminer le taux de CSG applicable (0 %, 3,8 % ou 8,3 % pour la retraite et l'invalidité / 6,2 % pour le chômage). L'ancien critère d'assujettissement à la CSG au taux plein, basé sur le montant d'impôt acquitté, a été supprimé car il engendrait des changements de taux d'une année sur l'autre pour près de 10 % des retraités : des retraités qui ne bénéficiaient plus d'une réduction d'impôt ou qui devenaient imposables pouvaient se voir appliquer une hausse de CSG, même à revenu constant. L'adoption du seul critère de revenu fiscal de référence permet donc de limiter ces modifications annuelles de taux de prélèvement.

En outre la réforme de 2015 a disjoint les seuils sociaux des seuils fiscaux : auparavant, le seuil d'assujettissement à la CSG était identique à celui déclenchant l'assujettissement à la taxe d'habitation. Les seuils sociaux et fiscaux sont désormais indépendants, ainsi que leur évolution puisqu'ils sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année.

Les pensionnés les plus modestes sont exonérés de prélèvements sociaux (environ 4 millions de pensionnés du régime général), notamment lorsqu'ils sont bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ; d'autres pensionnés sont assujettis à la CSG au taux réduit de 3,8 % et à la CRDS (environ 1,8 million de pensionnés du régime général) ; certains acquittent la CSG au taux normal et sont aussi assujettis à la CRDS, à la CASA et à une cotisation maladie assise sur les avantages de retraite complémentaire (environ 8 millions de pensionnés du régime général).

L'article 8 de la LFSS pour 2018 a porté le taux normal de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité à 8,3 %.

Le régime suivant est appliqué aux pensions de retraite ou d'invalidité, allocations de chômage (pour une personne en métropole en 2018) :

RFR de l'année 2016 (pour une part fiscale en métropole)	Cotisations et contributions sociales ¹
Jusqu'à 11 018€ (ou titulaires d'un avantage non contributif de vieillesse)	Aucun
Compris entre 11 019€ et 14 403€	CSG au taux réduit de 3,8% CRDS au taux de 0,5%
A partir de 14 404€	CSG au taux normal de 8,3%(retraite / invalidité) ou 6,2 % (chômage) ² CRDS au taux de 0,5% CASA au taux de 0,3% (retraite / invalidité) Cotisation maladie de 1% (avantages de retraite complémentaire et supplémentaire)

¹ Les revenus de remplacement sont exclus de l'assiette des cotisations sociales définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

² Parmi les revenus de remplacement seules les allocations de chômage bénéficient de l'abattement d'assiette de 1,75 % au titre des frais professionnels. Les contributions à la charge des allocataires de l'assurance chômage peuvent être réduites en tout ou partie si leur prélèvement a pour effet de porter le montant de l'allocation versée en-deçà du montant du SMIC brut.

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution des prélèvements sociaux applicables aux revenus de remplacement

	Cotisation d'assurance maladie			CSG				CRDS	CASA
	Retraites de base	Retraites complémentaires	Allocations chômage	Taux normal			Taux réduit	Tous les revenus de remplacement	Retraite Invalidité
				Retraite	Invalidité	Chômage Indemnités journalières	Retraite Invalidité Chômage		
1979	1%	2%	1%	-	-	-	-	-	-
1988	1,40%	2,40%	1,40%	-	-	-	-	-	-
1991	1,40%	2,40%	1,40%	1,10%	1,10%	1,10%	-	-	-
1993	1,40%	2,40%	1,40%	2,40%	2,40%	2,40%	-	-	-
1996	2,60%	3,60%	2,60%	2,40%	2,40%	2,40%	-	0,50%	-
1997	2,80%	3,80%	2,80%	3,40%	3,40%	3,40%	1%	0,50%	-
1998	-	1%	-	6,20%	6,20%	6,20%	3,80%	0,50%	-
2004	-	1%	-	6,60%	6,20%	6,20%	3,80%	0,50%	-
2008	-	1%	-	6,60%	6,60%	6,20%	3,80%	0,50%	-
2013	-	1%	-	6,60%	6,60%	6,20%	3,80%	0,50%	0,30%
2018	-	1%	-	8,30%	8,30%	6,20%	3,80%	0,50%	0,30%

L'exonération de CSG et de CRDS et l'application de la CSG à des taux réduits (3,8 %, 6,2 % ou 8,3 %) constituent juridiquement des dérogations à la règle selon laquelle le taux de CSG est de 9,2 %. Ces dérogations ne font pas obstacle au respect du principe d'égalité devant l'impôt car elles reposent sur des critères objectifs et rationnels compte tenu du but recherché (financement solidaire de la sécurité sociale).

Toutefois, le franchissement ponctuel d'un seuil peut occasionner un surcroît d'imposition important – et souvent incompris – pour le redevable. À cet égard, le franchissement du seuil de revenu fiscal de référence déterminant l'assujettissement au taux normal de CSG sur les revenus de remplacement génère plusieurs effets néfastes, outre celui, évident, de réduction du revenu net du fait de l'assujettissement à un taux supérieur. En particulier, ce mécanisme ne tient pas compte des revenus ponctuels : tout revenu entrant dans la composition du RFR d'une année N, même ponctuel, emporte un risque d'assujettissement à un taux supérieur sur les pensions servies en N+2, alors même que le niveau des revenus peut avoir diminué dans l'intervalle ; par conséquent, des assurés dont les revenus sont faibles ou ont diminué restent temporairement assujettis à un taux supérieur.

Par ailleurs, la déductibilité de la CSG supplémentaire acquittée conduit elle-même à un effet d'itération qui réduit le revenu. En effet la hausse de la CSG acquittée entraîne une hausse de la CSG déductible acquittée (soit 2,1 points supplémentaires en cas d'assujettissement au taux normal). Si le revenu a augmenté dans une proportion inférieure au niveau de CSG déductible supplémentaire dont l'assuré est redevable au titre d'une année N, la baisse du RFR de l'année N entraîne, toutes choses égales par ailleurs, un passage au taux réduit en N+2. Or, l'application de ce taux réduit en N+2 tendra à augmenter le RFR N+2, et ainsi à faire repasser le pensionné au taux plein en N+4.

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

a) Mesure proposée : introduction d'une condition de franchissement du seuil d'assujettissement à taux plein sur deux années consécutives

Afin de neutraliser les conséquences d'un franchissement ponctuel du seuil du fait d'une hausse du RFR qui ne serait que temporaire (dépassement du seuil au titre d'une seule année), le taux normal de CSG de 8,3 % ne s'appliquerait qu'aux retraités dont le RFR est établi au-dessus du seuil 2 années consécutives. Il s'agit donc de conditionner l'assujettissement au taux plein au dépassement deux années consécutives du seuil d'assujettissement. Ainsi, toute personne qui franchit le seuil de revenu de référence ne supportera les effets de ce franchissement qu'avec un effet différé d'un an par rapport à la situation actuelle, ce qui réduit donc d'une année entière le niveau de ses prélèvements.

La mesure s'appliquera aux retraités, aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité ainsi qu'aux allocataires de l'assurance chômage qui franchissent le seuil à compter de 2019 (au regard de leur revenu fiscal de référence des années 2016 et 2017 donc).

Cette mesure consiste, pour les personnes exonérées de CSG ou pour les redevables de la CSG au taux de 3,8 % en 2018 et qui seraient redevables en 2019 de la CSG au taux de 8,3 % (en raison du montant du RFR 2017 supérieur au seuil d'assujettissement de 2019), à maintenir ces contribuables au taux réduit de 3,8 % et à n'appeler la CSG au taux normal que si ce seuil est franchi pour la seconde fois consécutive (c'est-à-dire qu'il l'était également au regard du montant du RFR 2016). Pour déterminer le taux de CSG applicable en année N, la mesure vise donc à introduire un second critère de RFR, en plus de celui de N-2, correspondant à celui de l'année N-3.

Ainsi, les assurés connaissant une hausse ponctuelle de leur revenu bénéficieront de la mesure. Aucun foyer assujetté 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. 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. Le gain moyen pour les personnes concernées par la mesure s'élève à 928 €.

b) Autres options possibles

Une autre option aurait consisté à rehausser le seuil de déclenchant le taux normal de CSG. Cette solution présente toutefois l'inconvénient de ne pas traiter ce problème récurrent posé par la CSG, lié aux allers-retours fréquents, entre le taux réduit et le taux normal, des foyers dont le revenu est à la limite du seuil de revenu fiscal de référence séparant ces deux taux.

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

Cette mesure a sa place en loi de financement de la sécurité sociale au regard de son impact sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, le taux et les modalités de recouvrement des cotisations et contributions qui leurs sont affectées ainsi que sur l'équilibre financier et sur la trésorerie des régimes, conformément aux dispositions du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il est de jurisprudence constante par la CJUE qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime,
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale, du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Modification des articles L.136-1-2 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le rendement de la CSG acquittée au taux normal sur les revenus de remplacement est affecté à la CNAF, à la CNAM et à la CADES.

Le coût de la mesure afférent aux pensions de retraite serait de l'ordre de 330 M€ et d'environ 20 M€ pour les autres revenus de remplacement.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019	2020	2021	2022
ASSO		-350 M€			

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

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

a) impacts économiques

Cette mesure bénéficierait à plus de 350 000 foyers - dont environ 130 000 jusqu'ici totalement exonérés- qui acquitteront donc moins de CSG. Leur gain moyen s'élèverait à 928 € et plus de 40 % des foyers aurait un gain supérieur à 1000 €. Aucun redevable ne perdrait à la mesure. A compter de 2020, tous les bénéficiaires de revenus de remplacement satisfaisant sur deux années le dépassement du seuil seront assujettis au taux normal.

Tableau 1 – Part des retraités du régime général (pensionnés de la CNAV) basculant vers le taux plein au 31/12/2016

	Part des retraités
Taux réduit vers taux fort	1,9%
Exonération vers taux fort	1,6%

Source : CNAV

Tableau 2 – Répartition des retraités selon le taux de CSG et la composition du foyer :

	Taux de CSG		
	Exonérés	Taux réduit	Taux plein
Part des pensions que représentent les ménages constitués d'une personne seule	45,3%	36,8%	28,8%
Part des pensions que représentent les ménages constitués de 2 personnes au moins	54,7%	63,2%	71,2%

Source : DGFIP

b) impacts sociaux

La mesure permet d'améliorer la portée du dispositif de taux réduits de CSG et d'assujettissement au taux normal en faisant en sorte qu'il atteigne au mieux son objectif de prise en compte de la situation des redevables ayant les revenus les plus modestes, et en particulier les retraités.

• Impact sur les jeunes

Néant

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Néant

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Néant

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

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

La mise en œuvre de la mesure ne nécessite pas la réalisation de démarches de la part des assurés (cf. point suivant).

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

Les opérations de précompte de CSG sont effectuées par les caisses de retraites sur la base de fichiers transmis par la DGFIP.

Les caisses pratiquant des précomptes de CSG sur les pensions de retraite devront modifier leur système d'informations et les flux d'informations avec les services fiscaux pour les opérations de contrôle sur les revenus servant à l'application du nouveau critère d'assujettissement à la CSG au taux normal.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

La modification des seuils d'assujettissement à la CSG est d'application directe.

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

La mesure entre en vigueur au 1^{er} janvier 2019 et ne nécessite pas de mesure transitoire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

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

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS susceptible de jouer cet office. Un suivi statistique des sommes assujetties au titre du dispositif concerné sera assuré par l'ACOSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 136-8 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 136-8 modifié du code de la sécurité sociale
I.- Le taux des contributions sociales est fixé : 1° A 9,2 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ; 2° A 9,9 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ; 3° A 8,6 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1. II.- Par dérogation au I : 1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités journalières et allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs, à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité et de l'accueil de l'enfant, des accidents du travail et des maladies professionnelles ; 2° Sont assujetties à la contribution au taux de 8,3 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité. III.- Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 4° du II de l'article L. 136-1-2, perçus par les personnes dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts : 1° D'une part, excèdent 10 996 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 936 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 13 011 € pour la première part, majorés de 3 230 € pour la première demi-part et 2 936 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 13 605 €, 3 376 € et 2 936 € ; 2° D'autre part, sont inférieurs à 14 375 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 838 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 726 € pour la première part, majorés de 4 221 € pour la première demi-part et 3 838 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 16 474 €, 4 414 € et 3 838 €. Les seuils mentionnés au présent III sont revalorisés au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1.	I.- Le taux des contributions sociales est fixé : 1° A 9,2 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ; 2° A 9,9 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ; 3° A 8,6 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1. II.- Par dérogation au I : 1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités journalières et allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs, à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité et de l'accueil de l'enfant, des accidents du travail et des maladies professionnelles ; 2° Sont assujetties à la contribution au taux de 8,3 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité. III.- Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 4° du II de l'article L. 136-1-2, des perçus par les personnes dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts : 1° D'une part, dont les revenus définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts perçus l'avant-dernière année excèdent 10 996 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 936 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 13 011 € pour la première part, majorés de 3 230 € pour la première demi-part et 2 936 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 13 605 €, 3 376 € et 2 936 € ; 2° D'autre part, dont les revenus définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts perçus l'avant-dernière ou l'antépénultième année sont inférieurs à 14 375 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 838 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 726 € pour la première part, majorés de 4 221 € pour la première demi-part et 3 838 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 16 474 €, 4 414 € et 3 838 €. Les seuils mentionnés au présent III sont revalorisés au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant

	comptée pour 1.

Article 12 – Sécurisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunérations

I. Présentation de la mesure

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

Les organismes d'assurance maladie complémentaire ont renouvelé, dans le cadre de la convention médicale du 25 août 2016, l'engagement, initié en 2012, de participer au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte, au titre du « forfait médecin traitant », à hauteur de 300 M€.

Cet engagement a été mis en œuvre entre 2013 et 2017 via la mise en place d'une taxe répartie entre les différents organismes complémentaires dont le produit correspondait globalement à l'engagement financier conventionnel. Conformément à son objet (financer une partie des dépenses de l'ONDAM assurant la rémunération des médecins), le rendement de la contribution constitue une recette atténuative de l'ONDAM (c'est-à-dire venant en réduction des dépenses de l'ONDAM).

En 2018, des travaux ont été engagés entre l'assurance maladie et les représentants des complémentaires santé pour définir un schéma cible de versement de cette contribution des organismes complémentaires aux médecins, notamment via la création d'un tiers de confiance.

La mise en œuvre opérationnelle de ce schéma n'a néanmoins pas abouti en raison de difficultés techniques et juridiques. Il est donc prévu de sécuriser à compter 2019 la contribution acquittée par les organismes complémentaires et d'augmenter son rendement en lien avec l'engagement financier déjà prévu dans la convention médicale.

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

a) Mesure proposée

Les organismes d'assurance maladie complémentaire ont renouvelé, dans le cadre de la convention médicale du 25 août 2016, l'engagement, initié en 2012, de participer au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte, au titre du forfait médecin traitant, à hauteur de 300 M€ au titre de l'année 2019.

Cet engagement a été mis en œuvre entre 2013 et 2017 via la mise en place d'une taxe dont le produit correspondait à l'engagement financier conventionnel, répartie entre les différents organismes complémentaires. Conformément à son objet (financer une partie des dépenses de l'ONDAM assurant la rémunération des médecins), le rendement de la contribution constitue une recette atténuative de l'ONDAM (c'est-à-dire qu'il vient en réduction des dépenses de l'ONDAM, à l'instar des produits des remises versées par les laboratoires dans le cadre des conventions passées avec le CEPS).

L'article 21 de la loi de financement pour 2018 a prorogé ce schéma dans l'attente de la définition d'un schéma cible pérenne prévoyant les futures modalités de versement de cette contribution.

Le montant forfaitaire annuel de la contribution en 2018 est égal à 8,10 euros par assuré consultant son médecin traitant. Le forfait est dû par chaque organisme complémentaire, pour chacun de ses assurés de plus de seize ans, ne bénéficiant pas de la CMU-c, ayant déclaré un médecin traitant et ayant réalisé une consommation de soins au cours de l'année. La participation est recouvrée annuellement par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) d'Ile-de-France et son produit affecté à la branche maladie du régime général.

Si le dispositif actuel a permis d'assurer l'engagement financier des organismes complémentaires, il est source, par la complexité de son assiette et le manque de stabilité de son taux, de difficultés de mise en œuvre tant pour les redevables que pour les organismes en charge de son recouvrement.

Les travaux menés au cours de l'année 2017 sur les options envisageables pour le financement d'une partie du forfait patientèle médecin traitant (FPMT) par les OC, prévu par la convention médicale de 2016, n'ont pu aboutir soit qu'elles n'étaient pas juridiquement possibles, soit qu'elles ne satisfaisaient pas les exigences des partenaires conventionnels.

Dans un objectif de simplification administrative, la mesure proposée vise à sécuriser juridiquement, via un dispositif fiscal rénové, une participation qui, bien que conforme à l'engagement pris dans la convention médicale, était instituée de manière transitoire et prorogée annuellement, depuis 2014, en loi de financement de la sécurité sociale.

Dans un souci d'accroître la lisibilité et de renforcer la stabilité de cette contribution, il est proposé de substituer à celle-ci un prélèvement assis sur le chiffre d'affaires, auquel seraient assujettis les organismes complémentaires

servant des garanties maladie. Par mesure de simplicité déclarative, le chiffre d'affaires de ces organismes serait constitué des sommes assujetties à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) instituée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, à savoir le montant de primes et cotisations d'assurance maladie complémentaire des OC. Le taux proposé est de 0,8 % afin de permettre de dégager un rendement conforme à l'engagement financier de 300 M€, pris par les organismes complémentaires.

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. 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.

b) Autres options possibles

Parmi les options de financement du forfait envisagées figurait le versement direct aux médecins par les organismes complémentaires de leur participation au FPMT via la création d'une prestation obligatoirement prise en charge par les contrats responsables. En l'absence de liens financiers directs et systématiques entre les organismes complémentaires et les médecins, cette prestation aurait été facturée par le médecin aux patients et pris en charge par leur OC. Or, les seuls dispositifs pouvant être intégrés aux contrats étant des garanties offertes à l'adhérent, le médecin traitant ne saurait bénéficier d'une prestation prévue par un contrat auquel il n'est pas partie. En outre, un tel dispositif exclurait les OC au titre de leurs assurés non couverts par un contrat responsable, ne garantissant pas paradoxalement de ce fait la participation au forfait des OC au titre de certains assurés ayant un médecin traitant. De plus, le forfait étant nécessairement facturé aux patients, cette prestation resterait à la charge des assurés sans couverture complémentaire ou qui ont souscrit un contrat non responsable. Cette solution a donc été écartée dans la mesure où elle remettait en cause la nature du FPMT, qui n'est pas une prestation à la charge des assurés et où elle ne permettait pas de garantir dans tous les cas le paiement de la part du FPMT incombant aux organismes complémentaires.

Une autre option reposait sur un concours des OC recouvré par un « tiers de confiance », également chargé de reverser cette part du financement du forfait aux médecins traitants. Seule la loi aurait pu garantir la participation de l'intégralité des OC. Obligatoire, la participation aurait relevé nécessairement de la catégorie des impositions de toute nature au regard des critères constitutionnels. Compte tenu de son caractère assez similaire à la taxe existante et de la complexité des circuits sous-jacente au recouvrement par un tiers, cette option n'a pas été souhaitée par les organismes complémentaires.

Enfin, une autre option possible aurait été de reconduire la taxe actuelle, à assiette inchangée et en modifiant le taux de manière à garantir le rendement conventionnel de 300 M€. Cette solution a néanmoins été écartée compte tenu de la complexité et du manque de prévisibilité de l'assiette existante.

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

Les dispositions du présent article concernent directement l'équilibre financier de la branche maladie de la sécurité sociale en venant en atténuation de l'ONDAM. Elles ont donc un impact direct et certain en dépenses et relèvent ainsi du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Il est créé un article L. 862-4-1 au sein du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Conformément à la convention médicale du 25 août 2016, l'engagement, initié en 2012, de participer au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte au titre du « forfait médecin traitant » est fixé à 300 M€. Compte tenu du montant de 250 M€ versé au titre de la participation due au titre de 2018, l'impact financier de la mesure serait de +50 M€ en 2019 et neutre financièrement pour les années 2020 et 2021.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
		+ 50	0	0	0

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

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

a) impacts économiques

Comptablement, la modification de l'assiette de la taxe serait susceptible de faire basculer cette contribution en prélèvement obligatoire (ce qui n'est pas le cas actuellement) et donc d'augmenter le taux de prélèvements obligatoires. Ce changement de comptabilisation dépend néanmoins du choix de l'Insee, seule à même de statuer sur les modalités de traitement d'un prélèvement en comptabilité nationale. Au demeurant, cet impact serait particulièrement faible, de l'ordre de 0,02 point de pourcentage.

b) impacts sociaux

Néant.

- *Impact sur les jeunes*

Néant.

- *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Néant.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

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

Néant.

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

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

La rationalisation de l'assiette actuelle permettra une meilleure prévisibilité des montants dus et une simplification des opérations de déclaration de la contribution pour les redevables.

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

Le recouvrement de cette participation reste confié à l'URSSAF d'Ile-de-France, qui est l'organisme compétent pour le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle (TSA). Les systèmes d'information ont d'ores et déjà été modifiés pour permettre la mise en œuvre de cette mesure. En outre, cette mesure facilitera les opérations de contrôle de l'assiette de la contribution.

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

Néant.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat viendra préciser les modalités de recouvrement de la contribution.

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

Cette mesure ne nécessite pas de mesures transitoires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

À la suite de la création du dispositif par la LFSS pour 2014, les assurés et les médecins ont été informés de la démarche entreprise par les organismes complémentaires via différents canaux, à la fois par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances maladie complémentaire.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi du versement de la contribution de chaque organisme complémentaire pour l'année 2019 sera assuré comme lors des exercices précédents par l'URSSAF d'Ile-de-France et l'assurance maladie obligatoire.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 241-2 actuel	Article L. 241-2 modifié
I.-La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1, des prestations mentionnées aux titres II à IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées aux II à IV du présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations. II. -Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes : 1° Par les salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que par leurs employeurs. Ces cotisations sont assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ; 2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ; 3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-2 et L. 380-3-1. III.-Les ressources mentionnées au I du présent article sont constituées, en outre, de cotisations assises sur : 1° Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ; 2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2. IV. - Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article. Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par : 1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ; 2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ; 3° Une fraction égale à 7,19 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en	I.-La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1, des prestations mentionnées aux titres II à IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées aux II à IV du présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations. II. -Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes : 1° Par les salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que par leurs employeurs. Ces cotisations sont assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ; 2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ; 3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-2 et L. 380-3-1. III.-Les ressources mentionnées au I du présent article sont constituées, en outre, de cotisations assises sur : 1° Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ; 2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2. IV. - Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article. Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par : 1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ; 2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ; 3° Une fraction égale à 7,19 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en

cours par les comptables assignataires ; 4° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 ; 5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ; 6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ; 7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 O et 1600-0 R du code général des impôts et les droits perçus au titre des articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du même code et de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ; 8° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ; 9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8.	cours par les comptables assignataires ; 4° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 ; 5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ; 6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ; 7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 O et 1600-0 R du code général des impôts et les droits perçus au titre des articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du même code et de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ; 8° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ; 9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8 ; 10° Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 862-4-1;
	Article L. 862-4-1 nouveau
	Il est institué une contribution à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due. La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées au profit de ces organismes, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, selon les modalités définies au I de l'article L. 862-4. Le taux de la contribution est fixé à 0,8 %. La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe, sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'Etat. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues, pour la taxe mentionnée précédemment, à l'article L. 862-5.

Article 13 - Poursuivre la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations

I. Présentation de la mesure

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

Le système déclaratif pour les travailleurs indépendants doit s'accompagner d'une plus grande dématérialisation des déclarations sociales afin d'en améliorer la fiabilité et la réactivité

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 oblige à la dématérialisation des déclarations et du paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants lorsque le revenu professionnel dépasse un certain seuil déterminé par décret. Le décret du 2 mai 2017 est venu abaisser ces seuils de dématérialisation, fixés désormais à respectivement 10% et 25% du plafond annuel de la sécurité sociale pour les travailleurs indépendants « classiques » et les micro-entrepreneurs. Cela permet ainsi de fiabiliser les données déclarées, et donc le calcul des cotisations, par des contrôles de cohérence contribuant à sécuriser l'appel de cotisations. Il s'agit également de faciliter et de fiabiliser la constitution des droits contributifs des travailleurs indépendants (indemnités journalières, droit à l'assurance vieillesse et droit à l'assurance invalidité – décès). La dématérialisation permet enfin de faciliter la régularisation anticipée des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

Cette obligation de dématérialisation s'est accompagnée de la mise en place du télépaiement, mécanisme simple, sécurisé, dématérialisé et gratuit de paiement des cotisations et du paiement par carte bancaire. Il présente également l'avantage d'effectuer l'ordre de paiement avant l'échéance et d'éviter ainsi tout risque de retard, et donc de pénalités (le compte n'est débité qu'à la date d'échéance). Il constitue, par ailleurs, une alternative très supérieure au chèque qui nécessite pour les assurés bénéficiant des services d'un expert-comptable, une signature physique et un envoi, et présente, en outre, des risques d'impayés lors de l'encaissement.

La généralisation progressive de l'obligation de recours aux téléprocédures pour déclarer et payer les principaux impôts professionnels pour les employeurs est désormais achevée. Pour les particuliers, 55% des foyers fiscaux déclarent leurs revenus par voie dématérialisée et 81% ont recours à un moyen de paiement dématérialisé (source DGFiP, 2017). La généralisation de la déclaration de revenus dématérialisée est prévue en 2019, avec pour seules exceptions les personnes qui indiquent à l'administration ne pas être en mesure de souscrire cette déclaration par voie électronique et celles qui résident dans des zones où aucun service mobile n'est disponible.

Or, 20% des déclarations sociales pour la collecte des revenus qui servent au calcul des cotisations sociales pour les travailleurs indépendants sont encore effectuées, à ce jour, par l'envoi d'un formulaire papier et 30% des cotisations sociales font l'objet d'un règlement par chèque, alors qu'il s'agit bien de déclarations professionnelles et que, comme indiqué ci-dessus, les mêmes redevables, pour leurs obligations fiscales, utilisent des moyens dématérialisés, le cas échéant en lien avec leur expert comptable.

La mise en place de nouveaux services aux particuliers employeurs dans des conditions sécurisées requiert de maximiser la dématérialisation des démarches des cotisants.

Créés depuis la fin des années quatre-vingt-dix, les dispositifs simplifiés de déclaration sociale permettent aux particuliers (Chèque emploi service universel (CESU) et Pajemploi), aux petites entreprises (Titre emploi service entreprises (TESE) et Titre emploi service agricole (TESA)), et petites associations employeurs (Chèque emploi associatif (CEA)) de déclarer simplement et rapidement leurs salariés, le dispositif se chargeant du calcul des cotisations et de l'émission du bulletin de paie du salarié avant le paiement des cotisations par le déclarant.

Ces dispositifs sont apparus comme des acteurs de simplification pour la mise en place de la retenue à la source pour les cotisants les utilisant et, plus particulièrement, pour les particuliers employeurs déclarant auprès des dispositifs CESU et Pajemploi. Ainsi, ces dispositifs ont été désignés comme des collecteurs de l'impôt et donc des intermédiaires entre les employeurs et l'administration fiscale par l'article 60 de la loi de finances pour 2017. Ces dispositifs seront en charge du calcul de la retenue à la source pour les salariés des employeurs les utilisant, afin que ces derniers puissent connaître, à l'issue de leur déclaration, le montant du salaire à verser à leur(s) salarié(s). Au regard de la simplicité de cette gestion du prélèvement à la source, il apparaît alors important d'ouvrir ces dispositifs, en plus particulièrement le TESE, le CEA et le TESA à toutes les entreprises et associations qui ne disposent pas aujourd'hui d'un logiciel de paie ou n'ont pas recours à un expert comptable.

De plus, dans le cadre de cette nouvelle gestion de l'impôt sur le revenu, il est essentiel que les déclarations s'effectuent par voie dématérialisée. La simultanéité, au cœur du dispositif, n'est en effet pas envisageable lorsque la déclaration est effectuée par voie papier, les délais postaux de réception de la déclaration puis d'envoi de la notification à l'employeur précisant le montant de salaire à verser étant trop importants. La déclaration dématérialisée joue alors un rôle fondamental.

Si les dispositifs à destination des entreprises et associations (TESE, TESA, CEA), ou des jeunes parents (Pajemploi) connaissent des taux de dématérialisation des déclarations sociales avoisinant les 100%, cela est en revanche moins le cas pour le dispositif du CESU, dont une partie des utilisateurs recourent à la version papier.

L'ordonnance du 18 juin 2015 a posé le principe de la dématérialisation des déclarations des employeurs utilisant les dispositifs simplifiés, avec une exception pour les utilisateurs du CESU et du TESA, ceux-ci pouvant en effet continuer à effectuer leurs déclarations en version papier **lorsqu'ils ne sont pas en capacité de les effectuer par voie dématérialisée**. Cette exception répondait alors à la volonté de tenir compte des spécificités des déclarants utilisant ces dispositifs, déclarants qui peuvent ne pas être en capacité d'accéder à une connexion internet. Ainsi, concernant le CESU, en janvier 2018, un peu plus du quart des déclarants ont envoyé des déclarations papier, soit près de 390 000 déclarants.

Les différentes campagnes de communication menées par le dispositif du CESU ainsi que l'ouverture d'un nouveau site internet en octobre 2017 ont permis une importante augmentation de la part des déclarations dématérialisées (le taux de dématérialisation des déclarations CESU est ainsi passé de 54,6% au 1^{er} trimestre 2014 à 74% en janvier 2018). Ces actions d'accompagnement des utilisateurs ou futurs utilisateurs seront poursuivies et étendues. Pour autant, maximiser le recours aux déclarations en ligne nécessite de restreindre les conditions d'utilisation du papier.

Par ailleurs, la mise en œuvre du prélèvement à la source s'accompagnera, dans un objectif de simplification, du **déploiement d'une nouvelle fonctionnalité de paiement du salaire pour les dispositifs CESU et Pajemploi avec un service « tout-en-un » prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017**. Ce dernier permettra à tout particulier employeur de procéder au versement des rémunérations dues au salarié qu'il emploie, de s'acquitter des cotisations et contributions de sécurité sociale afférentes tout en bénéficiant concomitamment des aides auxquelles il a droit au titre de l'emploi de ce salarié (ex : complément de libre choix du mode de garde versé par les caisses d'allocations familiales). En calculant automatiquement le salaire déduction faite de la somme due au titre de l'impôt sur le revenu, ce service « tout-en-un » donnera la possibilité de réaliser, en toute simplicité et sans risque d'erreur, le précompte de la retenue à la source pour les salariés des particuliers employeurs. Il constitue à ce titre une sécurisation importante pour le versement du salaire. Il convient toutefois de s'assurer que les centres en charge de ces dispositifs disposeront bien des moyens nécessaires pour prévenir les comportements déviants des employeurs (absence de versement de sommes dues via le service tout en un) et pour recouvrer efficacement les sommes dont pourrait être redevable l'employeur, tout en faisant en sorte que ce dernier bénéficie bien des aides auxquelles il a droit, et plus particulièrement du complément de libre choix du mode de garde. Des adaptations des dispositions prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 apparaissent alors nécessaires, en particulier la radiation des employeurs débiteurs d'une part, et le recouvrement de la créance correspondant à la rémunération du salarié dans les mêmes conditions que les cotisations d'autre part.

Afin de permettre une plus grande efficacité ainsi qu'une plus grande disponibilité et proximité avec les déclarants qui les utilisent, il est nécessaire de permettre la gestion des dispositifs CESU, TESE, CEA et Pajemploi par un ou plusieurs organismes de recouvrement comme cela est déjà prévu à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale pour le TESA. De plus, dans un objectif de simplification de gestion pour les employeurs agricoles, il apparaît utile de laisser la possibilité à ces employeurs qui ont simultanément recours à des salariés permanents et occasionnels de pouvoir concomitamment utiliser la DSN pour leurs salariés permanents et le TESA pour leurs salariés occasionnels. Des modifications législatives sont alors nécessaires.

La loi impose aux organismes de recouvrement d'adresser leurs mises en demeure par lettre recommandée alors que les moyens de communication entre les administrations et les administrés ont évolué pour devenir essentiellement dématérialisés.

A ce jour, les organismes adressent les mises en demeure par courrier papier en recommandé, ce qui engendre un coût d'affranchissement important, sans apporter pour autant une sécurité suffisante et attendue dans la remise des documents et alors que les autres échanges prévus dans le cadre des relations entre le cotisant et l'organisme de recouvrement peuvent s'effectuer par tout moyen donnant date certaine à leur réception.

Selon les dispositions de l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale, toute action aux fins de recouvrement de cotisations ou majorations doit être précédée, à peine de nullité, de l'envoi d'une mise en demeure au débiteur par lettre recommandée. La jurisprudence de la Cour de cassation a admis que celle-ci n'était soumise à aucune forme particulière, autre que celle d'être adressée par lettre recommandée.

Les erreurs de gestion des courriers recommandés (papier) sont nombreuses : absence de retour de certains accusé-réception (absence totale de preuve de réception), retour d'accusé-réception avec omission de certaines mentions impératives (signature du destinataire manquante ou illisible, accusé-réception signé par une autre personne que celle du véritable destinataire, absence de date...), retour d'accusé-réception portant la mention « pli non distribué – boîte non identifiable ». Ces dysfonctionnements externes à la gestion des procédures par les organismes font porter à ces derniers des risques financiers importants puisqu'ils sont régulièrement mis dans l'impossibilité de justifier de la bonne délivrance de la mise en demeure. De même pour les entreprises, la dématérialisation des mises en demeure sécurise la réception du document et facilite sa diffusion rapide aux services concernés. Cette modalité de réception permet au cotisant redressé de pouvoir mieux gérer une éventuelle contestation devant la commission de recours amiable en réceptionnant plus rapidement les griefs.

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

a) Mesure proposée

• Poursuivre la modernisation et la dématérialisation de la déclaration des revenus d'activité et du paiement des cotisations et des contributions sociales des travailleurs indépendants

Cette proposition s'inscrit dans le mouvement de promotion de la dématérialisation également suivi par d'autres administrations. En matière fiscale, depuis le 1^{er} janvier 2015, toutes les entreprises soumises à un régime réel d'imposition ont l'obligation, quel que soit leur chiffre d'affaires, de transmettre de manière dématérialisée leurs déclarations et les paiements des principaux impôts professionnels (loi de finances rectificative pour 2011, art. 53, I).

Il est proposé de généraliser la dématérialisation des déclarations sociales des travailleurs indépendants, par cohérence avec le mouvement engagé dans la sphère fiscale, où toutes les déclarations des professionnels font l'objet d'une obligation de dématérialisation, et dans la perspective des travaux d'unification des déclarations sociales et fiscales telle que prévue dans le programme du Gouvernement pour les travailleurs indépendants du 5 septembre 2017. Les seuils d'accomplissement des obligations déclaratives sociales sont donc alignés sur ceux prévus en matière fiscale, afin de permettre la mise en œuvre de cette déclaration unique à l'horizon 2020.

• Compléter la modernisation des dispositifs simplifiés, en prévoyant tout d'abord la poursuite de la dématérialisation des dispositifs simplifiés et plus particulièrement des dispositifs CESU et TESA

L'article L. 133-5-8 du code de la sécurité sociale impose le principe de la dématérialisation des échanges pour les utilisateurs des dispositifs simplifiés. Les particuliers déclarant au CESU ou les entreprises ayant recours au TESA peuvent toutefois demander à effectuer leur déclaration par voie papier s'ils ne sont pas en capacité d'effectuer leur formalité par voie dématérialisée. Il est proposé de limiter ces exceptions à la dématérialisation en prévoyant, tout d'abord et pour le CESU, de rendre obligatoire les échanges et les formalités par voie dématérialisée pour tous les déclarants qui ont démontré leur aptitude à effectuer des démarches dématérialisées. Il s'agit des contribuables qui effectuent leur déclaration fiscale de revenus par voie dématérialisée.

Cette mesure s'adressera aux particuliers employeurs qui utilisent le papier pour déclarer au CESU soit environ 350 000 utilisateurs, dont une partie s'acquitte déjà de sa déclaration de revenus par la voie dématérialisée.

La mise en œuvre de cette limite s'accompagnera d'une information à destination de ces employeurs sur l'utilisation du nouveau site internet (utilisation de tutoriels, accompagnement téléphonique...). La campagne de promotion de la dématérialisation à destination de tous les utilisateurs sera également renforcée avec, entre autres, la mise en place de partenariats avec des interlocuteurs comme La Poste. Enfin, le non respect de l'obligation de procéder par voie dématérialisée à ces différentes formalités entraînera l'application de la sanction prévue en cas de défaut de production de la déclaration sociale nominative par l'article R. 133-14, soit 1,5% du plafond mensuel de sécurité sociale.

Par ailleurs, il est prévu de supprimer l'exception à la dématérialisation prévue pour le TESA, les déclarations par voie dématérialisée étant déjà, dans la pratique, très largement majoritaires.

Outre cette poursuite de la dématérialisation pour les dispositifs simplifiés, **il est également proposé d'adapter les dispositions relatives à la plateforme d'intermédiation du paiement du salaire** afin de permettre un recouvrement plus efficace des sommes dues par l'employeur et d'assurer ainsi le versement de la rémunération au salarié. Il est proposé de permettre le recouvrement des sommes dues qui n'auraient pas été payées par l'employeur selon les règles et sous les garanties et les sanctions prévues pour les cotisations du régime général. Ces règles sont, en effet, celles actuellement mises en œuvre par les organismes en charge du recouvrement des cotisations et ont fait la preuve de leur efficacité.

Dans un objectif de simplification de la gestion du prélèvement à la source pour les entreprises et les associations qui ne disposent pas aujourd'hui d'un logiciel de paie ou n'ont pas recours à un expert comptable, il est également proposé de supprimer le seuil de 20 salariés qui limitait l'utilisation des dispositifs TESE, TESA et CEA.

Enfin, afin de rendre les dispositifs simplifiés plus accessibles et plus proches des cotisants, il est proposé de permettre à ces dispositifs d'être gérés par un ou plusieurs organismes en charge du recouvrement des cotisations, centres qui pourront alors être plus proches géographiquement de ces déclarants. De plus, l'exclusivité d'usage du TESA prévue a été supprimée pour simplifier la gestion de leur personnel par les employeurs agricoles.

• Possibilité de dématérialisation de l'envoi des mises en demeure

La possibilité de dématérialisation des mises en demeure contribuera à une simplification du recouvrement des cotisations et à une plus grande efficacité dans le pilotage des dossiers.

Les organismes de recouvrement ont déjà la possibilité de diffuser des documents aux cotisants par voie électronique. Elle repose, en général, sur l'accord préalable du cotisant de recevoir des informations et documents selon les modalités qui lui conviennent. Dans le cadre de la mesure proposée, le recueil de l'accord serait étendu aux modalités

de diffusion des mises en demeure. Le choix de la modalité préférentielle ne serait pas figé et pourrait être modifié à tout moment dans les préférences du compte cotisant en ligne.

Concrètement, plusieurs options alternatives à l'envoi d'un courrier avec accusé de réception seraient offertes au cotisant, en particulier l'envoi par courriel, par message sur le compte cotisant en ligne, ou par lettre recommandée électronique. La mise en demeure serait présentée, quel que soit le canal dématérialisé choisi, sous forme de fichier pdf, non modifiable, présentant toutes les informations nécessaires à la validité de la mise en demeure. A cet égard, la jurisprudence (Cass. soc. 16 novembre 1995) indique que la signature du directeur de l'organisme émetteur n'est pas requise, l'utilisation d'un document électronique ne peut donc conduire à la nullité de la procédure.

Le passage d'un format papier à un format numérique ne modifie pas les conditions légales de validité de la mise en demeure. En particulier, le document doit être adressé au cotisant, sa transmission électronique ne peut se faire qu'àuprès de lui (et non auprès d'un tiers déclarant, comme un expert-comptable par exemple).

L'adaptation de la modalité d'adressage de la mise en demeure permet tout un service client, adapté aux situations tout en garantissant la meilleure sécurisation de la transmission, et au coût le plus juste au regard de la situation. Ainsi des économies d'échelle pourront être réalisées tout en garantissant les procédures de recouvrement qui actuellement peuvent être remises en cause.

• **La numérisation des pièces justificatives dans le cadre de l'établissement de l'assiette ou du contrôle des cotisations sociales**

Par analogie aux dispositions existant dans le livre des procédures fiscales, il est proposé d'introduire dans le code de la Sécurité sociale une disposition législative visant à autoriser la production, par le cotisant, des documents ou pièces justificatives établis à l'origine sous format papier, sous un format numérisé.

Adopter en matière sociale les dispositions fiscales déjà en vigueur offrira, outre une garantie juridique accrue, l'avantage indéniable pour les cotisants/contribuables de ne mettre en œuvre qu'une seule et même procédure de numérisation au sein de leur organisation interne pour l'ensemble des justificatifs qu'ils souhaitent conserver de façon dématérialisée. L'harmonisation des obligations fiscales et sociales relatives à la numérisation des documents nécessaires au contrôle répondrait aux attentes des entreprises en termes de simplifications administratives.

• **Mise à jour des dispositions du code rural organisant la procédure de rescrit social agricole, en cohérence avec la suppression du RSI.**

En effet, l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, en supprimant le régime social des indépendants et en l'adossant au régime général, a abrogé certaines dispositions applicables notamment la procédure de rescrit social pour les travailleurs indépendants. Ces derniers se voient désormais appliquer le même dispositif que celui proposé aux employeurs.

La présente mesure permet que les dispositions relatives au rescrit social continuent de s'appliquer, sous réserve de certaines adaptations, aux populations relevant du régime agricole.

b) Autres options possibles

• **Généralisation de la dématérialisation pour les travailleurs indépendants**

Dans la mesure où le public ciblé par cette obligation déclarative est essentiellement un public professionnel ou de chefs d'entreprises largement équipés en produits informatiques, le paiement par chèque et la transmission d'un formulaire papier sera très certainement très limité. Un accompagnement et une communication adaptée seront effectués pour ces déclarants afin de les inviter à respecter ces obligations déclaratives.

• **Compléter la modernisation des dispositifs simplifiés, en prévoyant tout d'abord la poursuite de la dématérialisation des dispositifs simplifiés et plus particulièrement des dispositifs CESU et TESA**

L'exception à l'obligation de dématérialisation pourrait tout d'abord être maintenue dans les mêmes conditions que celles existant aujourd'hui pour le CESU et le TESA. Elle ne permettrait toutefois pas d'atteindre l'objectif de dématérialisation totale ou quasi-totale pour la mise en œuvre du prélèvement à la source et pourrait même être un facteur de risque pour cette mise en œuvre. Concernant le CESU, différentes campagnes de communication à destination des employeurs ont déjà été mises en œuvre et n'ont pas permis un taux de dématérialisation suffisant des volets sociaux pour assurer le déploiement dans des conditions idéales de la retenue à la source.

Il pourrait aussi être envisagé de prévoir une montée en charge progressive de l'obligation de dématérialisation en fonction du montant de cotisations payées. Ce critère paraît toutefois peu pertinent pour apprécier la capacité d'un particulier à réaliser des démarches par voie dématérialisée.

- **Dématérialisation des mises en demeure**

Il aurait pu être fait le choix d'imposer la dématérialisation des mises en demeure, sans garantie que ce mode de transmission soit adapté à toutes les situations ; tous les cotisants n'ont pas communiqué d'adresse courriel valide ou ne disposent d'un compte cotisant en ligne. Cette orientation aurait fragilisé le recouvrement des cotisations. A *contrario* la solution proposée ici permet de prendre en compte les préférences et les capacités des cotisants, tout en permettant une plus grande dématérialisation qu'aujourd'hui.

- **La numérisation des pièces justificatives dans le cadre de l'établissement de l'assiette ou du contrôle des cotisations sociales**

Il aurait pu être décidé de laisser la situation en l'état ou de fixer des normes propres pour répondre aux demandes opérées lors des contrôles Urssaf. Ces solutions ne sauraient toutefois être comprises par les cotisants, qui devraient gérer des numérisations de leurs justificatifs de façons différentes en fonction des administrations. Ceci ne simplifierait pas la gestion en entreprise.

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

La mesure proposée tend à poursuivre la simplification des modalités déclaratives et de recouvrement des cotisations pour les travailleurs indépendants, pour les entreprises ainsi que pour les cotisants qui ont recours aux dispositifs déclaratifs simplifiés (particuliers employeurs, petites entreprises ou associations). Elle est, à ce titre, justifiée à être intégrée dans la loi de financement de la sécurité sociale (art. L.O. 111-3 V. B. 3°).

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 133-5-6, L. 133-5-8, L. 133-5-10, L. 133-5-12, L. 244-2, L. 531-8-1 et L. 613-5 du code de la sécurité sociale ainsi que les articles L. 712-2, L. 725-3 et L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime sont modifiés. Sont créés l'article L. 243-16 du code de la sécurité sociale et l'article L. 724-7-2 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L. 712-3 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 P ou R	2019	2020	2021	2022
Dématérialisation des mises en demeure		+ 7	+7,5	8	
Généralisation de la dématérialisation pour les travailleurs indépendants		+ 2,7			

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

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

a) impacts économiques

La dématérialisation des échanges (déclarations sociales, paiement, mise en demeure) s'inscrit dans la trajectoire globale de l'économie numérique et des simplifications des services publics, vecteur de croissance, de productivité et de compétitivité.

b) impacts sociaux

La poursuite de la modernisation des dispositifs simplifiés contribue à assurer la juste déclaration des salariés dont les employeurs utilisent ces dispositifs, et donc à sécuriser l'ouverture de leurs droits. L'adaptation des dispositions relatives à la plateforme de paiement assure également le versement de leur salaire.

• Impact sur les jeunes

Sans impact.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans impact.

c) impacts sur l'environnement

Sans impact.

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

Sans impact

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

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

La dématérialisation contribue à la simplification déclarative pour les cotisants. Elle sécurise également le calcul des droits sociaux des salariés ainsi que le versement de leur salaire.

La possibilité de dématérialiser les pièces justificatives permettra aux cotisants des gains financiers liés aux coûts des stockages et limitera les risques liés à la destruction des originaux.

De nombreux cotisants et experts comptables souhaitent recourir à la dématérialisation pour la conservation des justificatifs de frais professionnels.

En droit civil, les documents originaux établis sous format papier puis numérisés par un procédé électronique revêtent le statut de copie électronique dont le régime juridique a été précisé par l'article 1379 du code civil et le décret du 5 décembre 2016. L'article 1379 du code civil institue toutefois une présomption simple de fiabilité de la copie dans les conditions prévues par le décret du 5 décembre 2016 relatives à sa fidélité à l'original et son incorruptibilité.

En l'état de la réglementation actuellement en vigueur, un cotisant a donc la possibilité de produire, lors d'un contrôle, à titre de justificatifs, des documents établis à l'origine sous format papier numérisés et conservés sur support informatique sous réserve que les conditions de numérisation, d'archivage et de sécurité du procédé de reproduction par voie électronique utilisé respectent les règles posées par ce décret, les documents ainsi numérisés ayant la même force probante que l'original papier.

En revanche, un justificatif établi sous format papier numérisé sans remplir les conditions prévues par le décret du 5 décembre 2016 ne bénéficie plus de la présomption de fiabilité à l'original posée par le code civil. En cas de litige, il appartient à celui qui se prévaut du document numérisé d'en prouver l'authenticité, laquelle ne pourra être établie qu'en produisant l'original au format papier. Si celui-ci ne peut plus être produit du fait de sa destruction, il appartiendra au juge de se prononcer sur la fiabilité de la copie numérique en fonction des éléments de preuve soumis.

La fixation des conditions dans lesquelles un cotisant peut fournir à l'organisme du recouvrement sous format numérisé, des documents établis à l'origine sous format papier, afin de justifier de sa situation au regard du calcul des cotisations et contributions sociales, répond à un véritable besoin des entreprises, lesquelles souhaitent sécuriser juridiquement leurs pratiques. En l'état de la réglementation actuelle, en matière de sécurité sociale, ce sont les dispositions du code civil qui s'appliquent.

La production de documents et de pièces sous format numérisé alors qu'ils ont été établis originellement sous format papier implique de s'assurer que les conditions de numérisation, d'archivage et de sécurité du procédé de reproduction par voie électronique utilisé par l'entreprise permettent de garantir la fiabilité des documents numérisés à l'original. Cette fiabilité est présumée si les conditions prévues par le décret du 5 décembre 2016 sont respectées.

Le décret du 5 décembre 2016, pris pour l'application de l'article 1379 du code civil ne vise pas expressément une norme technique à laquelle on puisse se référer pour garantir la fiabilité du processus de numérisation électronique.

A l'inverse, l'administration fiscale, non concernée par les règles du droit civil, a posé un cadre précis fixant les conditions à respecter pour garantir l'authenticité de la facture numérisée. Par rapport aux deux normes existantes (NF Z 42-026 et NF Z 42-013), le texte fiscal pose deux exigences spécifiques : la numérisation doit s'effectuer au format PDF OU PDF A/3 et faire l'objet d'une empreinte d'intégrité au moyen d'un certificat RGS (référentiel général de sécurité).

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

La dématérialisation de la mise en demeure contribuera à une sécurisation des procédures de mise en recouvrement.

Pour les travailleurs indépendants, des travaux d'ampleur sont engagés entre l'ACOSS et la DGFIP pour la récupération des revenus à partir d'une déclaration fiscale et sociale unifiée transmise sur un seul téléservice à l'horizon 2020 sur le site « impots.gouv.fr ». D'ici 2020, le portail « net-entreprises.fr » dispose de services pour permettre aux travailleurs indépendants de transmettre leurs revenus. Le portail officiel des micro-entrepreneurs « lautoentrepreneur.fr » disposera d'une nouvelle version au troisième trimestre 2018.

La dématérialisation des pièces justificatives permettra une plus grande fluidité dans les relations entre les agents en charge du contrôle et les cotisants. Des déplacements sur place aux fins de compulser les pièces justificatives pourront être évités et générer des économies d'échelle non négligeables chaque année.

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

Cette mesure contribuera, pour les dispositifs simplifiés, à diminuer la gestion des déclarations papier aux sein des centres nationaux et des caisses de MSA en charge de ces dispositifs et donc les coûts liés à cette gestion. La possibilité de désigner plusieurs organismes donnera également une plus grande souplesse dans la gestion des dispositifs.

La dématérialisation de la mise en demeure permettra un gain immédiat en terme de frais postaux.

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

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

- Textes réglementaires relatifs aux dispositifs simplifiés (dont arrêtés de nominations des Urssaf en charge des dispositifs simplifiés).
- Textes réglementaires précisant les conditions de numérisation.

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

Les dispositions relatives à la généralisation de la dématérialisation pour les travailleurs indépendants et à la poursuite de la modernisation des dispositifs simplifiés seront applicables à compter du 1^{er} janvier 2019.

L'ouverture à la dématérialisation de la mise en demeure sans délai.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une campagne de communication accompagnera la mise en œuvre des mesures de la dématérialisation.

L'information sera portée dans la charte du cotisant contrôlé, une campagne d'information pourrait être envisagée ;

d) Suivi de la mise en œuvre

La montée en charge de la dématérialisation fera l'objet d'un suivi régulier, suivi également inscrit dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion liant la branche recouvrement et l'Etat.

L'ouverture à la dématérialisation de la mise en demeure sera constatée dans les comptes de la branche recouvrement par la très forte diminution des frais postaux qui en est attendue. Un suivi plus spécifique sur l'évolution au regard des risques juridiques liés à l'adressage de la mise en demeure sera réalisé dans le cadre du suivi des contentieux.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code la sécurité sociale	
Article L. 133-5-6 dans sa version à venir au 1er janvier 2019	Article L. 133-5-6 modifié
Peuvent utiliser, à leur demande, un dispositif simplifié de déclaration et de recouvrement de cotisations et de contributions sociales ainsi que de la retenue à la source prévue à l'article 204 A du code général des impôts auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 : 1° Les entreprises, autres que celles mentionnées à l'article L. 7122-22 du code du travail ou dont les salariés relèvent du régime agricole, qui emploient moins de vingt salariés ; 2° Lorsqu'elles emploient moins de vingt salariés, les associations à but non lucratif et les fondations dotées de la personnalité morale, ainsi que, quel que soit le nombre de leurs salariés, les associations de financement électoral mentionnées à l'article L. 52-5 du code électoral, à l'exception des associations relevant du régime obligatoire de protection sociale des salariés agricoles ; 3° Les particuliers mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail qui emploient des salariés, à l'exception de ceux mentionnés au 4° du présent article ; 4° Les particuliers qui emploient des salariés exerçant une activité de garde d'enfants ; 5° Les employeurs agricoles mentionnés à l'article L. 712-2 du code rural et de la pêche maritime ; 6° Les particuliers qui ont recours à des stagiaires aides familiaux placés au pair (1) ; 7° Les particuliers accueillis par les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles. 8° Les particuliers qui font appel pour leur usage personnel à d'autres particuliers pour effectuer de manière ponctuelle un service de conseil ou de formation en contrepartie d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1 du présent code. Un décret précise la durée et les activités entrant dans le champ d'application du présent 8° ; 9° Les personnes dont l'activité consiste à mettre en relation un particulier avec un salarié, un stagiaire aide familial placé au pair, un accueillant familial ou une personne effectuant un service mentionné au 8°, lorsqu'elles sont mandatées par ce particulier pour effectuer tout ou partie des démarches mentionnées aux articles L. 133-5-7 et L. 133-5-8. Lorsqu'un employeur mentionné aux 1°, 2° ou 5° adhère à un dispositif simplifié, il l'utilise pour l'ensemble de ses salariés.	Peuvent utiliser, à leur demande, un dispositif simplifié de déclaration et de recouvrement de cotisations et de contributions sociales ainsi que de la retenue à la source prévue à l'article 204 A du code général des impôts auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 : 1° Les entreprises, autres que celles mentionnées à l'article L. 7122-22 du code du travail ou dont les salariés relèvent du régime agricole, ~~qui emploient moins de vingt salariés~~ ; 2° ~~Lorsqu'elles emploient moins de vingt salariés,~~ Les associations à but non lucratif et les fondations dotées de la personnalité morale, ainsi que, ~~quel que soit le nombre de leurs salariés,~~ les associations de financement électoral mentionnées à l'article L. 52-5 du code électoral, à l'exception des associations relevant du régime obligatoire de protection sociale des salariés agricoles ; 3° Les particuliers mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail qui emploient des salariés, à l'exception de ceux mentionnés au 4° du présent article ; 4° Les particuliers qui emploient des salariés exerçant une activité de garde d'enfants ; 5° Les employeurs agricoles mentionnés à l'article L. 712-2 du code rural et de la pêche maritime ; 6° Les particuliers qui ont recours à des stagiaires aides familiaux placés au pair (1) ; 7° Les particuliers accueillis par les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles. 8° Les particuliers qui font appel pour leur usage personnel à d'autres particuliers pour effectuer de manière ponctuelle un service de conseil ou de formation en contrepartie d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1 du présent code. Un décret précise la durée et les activités entrant dans le champ d'application du présent 8° ; 9° Les personnes dont l'activité consiste à mettre en relation un particulier avec un salarié, un stagiaire aide familial placé au pair, un accueillant familial ou une personne effectuant un service mentionné au 8°, lorsqu'elles sont mandatées par ce particulier pour effectuer tout ou partie des démarches mentionnées aux articles L. 133-5-7 et L. 133-5-8. Lorsqu'un employeur mentionné aux 1° ~~ou~~ 2° ~~ou~~ 5° adhère à un dispositif simplifié, il l'utilise pour l'ensemble de ses salariés.

Article L. 133-5-8 dans sa version à venir au 1er janvier 2019	Article L. 133-5-8 modifié
Toute personne utilisant un des dispositifs simplifiés mentionnés à l'article L. 133-5-6 est tenue de procéder par voie dématérialisée à son adhésion, à l'identification du salarié, du stagiaire aide familial placé au pair, de l'accueillant familial ou du particulier mentionné au 8° du même article L. 133-5-6 qui a effectué un service, à la déclaration des rémunérations dues ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions sociales dues. Cette personne est tenue de procéder, au plus tard à une date fixée par décret, à la déclaration des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel une activité a été effectuée par une des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. L'employeur ou le particulier ayant recours à ces dispositifs et son salarié, son stagiaire aide familial placé au pair, son accueillant familial ou le particulier qui effectue un service mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6 reçoivent, le cas échéant et chacun pour ce qui les concerne, par voie dématérialisée, un décompte des cotisations et contributions, une attestation fiscale et le bulletin de paie mentionné à l'article L. 3243-2 du code du travail ou, à destination des accueillants familiaux mentionnés au 7° de l'article L. 133-5-6 du présent code, le relevé mensuel des rémunérations et indemnités prévues aux 1° à 4° de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles. La délivrance du bulletin de paie par l'organisme de recouvrement au salarié se substitue à sa remise par l'employeur prévue à l'article L. 3243-2 du code du travail. Les modalités de ces transmissions sont fixées par décret. Par dérogation au présent article, lorsqu'elles ne sont pas en capacité de procéder à ces déclarations et formalités par voie dématérialisée, les personnes mentionnées aux 3°, 5°, 6° et 7° de l'article L. 133-5-6 peuvent, après en avoir fait la demande auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, y procéder sur des supports papier et recevoir les documents mentionnés au troisième alinéa du présent article sur papier également.	Toute personne utilisant un des dispositifs simplifiés mentionnés à l'article L. 133-5-6 est tenue de procéder par voie dématérialisée à son adhésion, à l'identification du salarié, du stagiaire aide familial placé au pair, de l'accueillant familial ou du particulier mentionné au 8° du même article L. 133-5-6 qui a effectué un service, à la déclaration des rémunérations dues ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions sociales dues. Le non respect de l'obligation de procéder par voie dématérialisée à ces différentes formalités entraîne l'application de la sanction prévue en cas de défaut de production de la déclaration sociale nominative dans le décret pris en application de l'article L. 133-5-4. Toutefois, peuvent procéder aux formalités du présent article sur des supports papier les particuliers mentionnés à l'article L. 133-5-6 qui, en application de l'article 1649 quater B quinquies du code général des impôts, ne sont pas tenus d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration prévue à l'article 170 du même code. <u>Cette</u> Toute personne utilisatrice est tenue de procéder, au plus tard à une date fixée par décret, à la déclaration des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel une activité a été effectuée par une des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. L'employeur ou le particulier ayant recours à ces dispositifs et son salarié, son stagiaire aide familial placé au pair, son accueillant familial ou le particulier qui effectue un service mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6 reçoivent, le cas échéant et chacun pour ce qui les concerne, par voie dématérialisée, un décompte des cotisations et contributions, une attestation fiscale et le bulletin de paie mentionné à l'article L. 3243-2 du code du travail ou, à destination des accueillants familiaux mentionnés au 7° de l'article L. 133-5-6 du présent code, le relevé mensuel des rémunérations et indemnités prévues aux 1° à 4° de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles. La délivrance du bulletin de paie par l'organisme de recouvrement au salarié se substitue à sa remise par l'employeur prévue à l'article L. 3243-2 du code du travail. Les modalités de ces transmissions sont fixées par décret. <i>Par dérogation au présent article, lorsqu'elles ne sont pas en capacité de procéder à ces déclarations et formalités par voie dématérialisée, les personnes mentionnées aux 3°, 5°, 6° et 7° de l'article L. 133-5-6 peuvent, après en avoir fait la demande auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, y procéder sur des supports papier et recevoir les documents mentionnés au troisième alinéa du présent article sur papier également.</i>

Article L. 133-5-10 dans sa version à venir au 1er janvier 2019	Article L. 133-5-10 modifié
Les cotisations, les contributions et la retenue à la source dues par les employeurs ou par les particuliers utilisant les dispositifs mentionnés à l'article L. 133-5-6 sont recouvrées et contrôlées par un organisme désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou, pour les employeurs agricoles, par les caisses de mutualité sociale agricole dont ils relèvent, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires. Un bilan des contrôles effectués auprès des personnes optant pour ces dispositifs ainsi que pour le service mentionné à l'article L. 133-5-1 est réalisé annuellement par les organismes de sécurité sociale et transmis à leur tutelle. Les particuliers qui effectuent de manière ponctuelle un service à d'autres particuliers au titre du 8° de l'article L. 133-5-6 sont informés par l'organisme mentionné au premier alinéa du présent article qu'ils peuvent être tenus, le cas échéant, d'effectuer d'autres formalités de nature fiscale, sociale ou économique auprès d'autres administrations ou organismes, pour exercer leur activité dans les conditions prévues par la législation en vigueur.	Les cotisations, les contributions et la retenue à la source dues par les employeurs ou par les particuliers utilisant les dispositifs mentionnés à l'article L. 133-5-6 sont recouvrées et contrôlées par un ou plusieurs organismes désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou, pour les employeurs agricoles, par les caisses de mutualité sociale agricole dont ils relèvent, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires. Un bilan des contrôles effectués auprès des personnes optant pour ces dispositifs ainsi que pour le service mentionné à l'article L. 133-5-1 est réalisé annuellement par les organismes de sécurité sociale et transmis à leur tutelle. Les particuliers qui effectuent de manière ponctuelle un service à d'autres particuliers au titre du 8° de l'article L. 133-5-6 sont informés par l'organisme mentionné au premier alinéa du présent article qu'ils peuvent être tenus, le cas échéant, d'effectuer d'autres formalités de nature fiscale, sociale ou économique auprès d'autres administrations ou organismes, pour exercer leur activité dans les conditions prévues par la législation en vigueur.
Article L. 133-5-12 dans sa version à venir au 1er janvier 2019	Article L. 133-5-12 modifié
Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de la communication à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code de l'accord écrit et préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6 peut procéder au versement des rémunérations dues au titre de l'emploi de ce salarié par voie dématérialisée, par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10. Dans ce cas, la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié prévue au 1° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts est effectuée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code dans les conditions prévues au 3 de l'article 1671 du code général des impôts. L'organisme procède au prélèvement des sommes effectivement dues par l'employeur après la transmission de la déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-5-8 du présent code et reverse au salarié la rémunération due dans des délais fixés par décret. Le salarié est informé par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de la transmission par son employeur de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-8. L'employeur qui recourt au dispositif prévu au premier alinéa du présent article est réputé satisfaire à l'obligation de paiement du salaire lorsqu'il a mis à disposition de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 la somme correspondante à la rémunération due au salarié.	Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de la communication à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code de l'accord écrit et préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6 peut procéder au versement des rémunérations dues au titre de l'emploi de ce salarié par voie dématérialisée, par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10. Dans ce cas, la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié prévue au 1° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts est effectuée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code dans les conditions prévues au 3 de l'article 1671 du code général des impôts. L'organisme procède au prélèvement des sommes effectivement dues par l'employeur après la transmission de la déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-5-8 du présent code et reverse au salarié la rémunération due dans des délais fixés par décret. Le salarié est informé par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de la transmission par son employeur de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-8. L'employeur qui recourt au dispositif prévu au premier alinéa du présent article est réputé satisfaire à l'obligation de paiement du salaire lorsqu'il a mis à disposition de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 la somme correspondante à la rémunération due au salarié. En cas de défaut de paiement par l'employeur

Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa du présent article tient compte, le cas échéant : 1° Des articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ; 2° Des sommes que l'employeur décide d'acquitter sur la base du 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et l'organisme ou l'établissement habilité mentionné à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant émis le titre spécial de paiement mentionné au B de l'article L. 1271-1 du même code prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ; 3° Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application de l'article L. 133-8-3 du présent code ; 4° De toute aide dont dispose l'employeur pour l'emploi de son salarié, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 et la personne ayant accordé cette aide prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération.	des sommes mentionnées au troisième alinéa, celui-ci est exclu de la possibilité d'utiliser ce dispositif, dans des conditions fixées par décret. Dans ce cas la créance de la rémunération due au salarié est transférée à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 qui recouvre les sommes dues selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociales assises sur les salaires. Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa du présent article tient compte, le cas échéant : 1° Des articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ; 2° Des sommes que l'employeur décide d'acquitter sur la base du 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et l'organisme ou l'établissement habilité mentionné à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant émis le titre spécial de paiement mentionné au B de l'article L. 1271-1 du même code prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ; 3° Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application de l'article L. 133-8-3 du présent code ; 4° De toute aide dont dispose l'employeur pour l'emploi de son salarié, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 et la personne ayant accordé cette aide prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération.
	Chapitre 4 du livre 2 du code de la sécurité sociale Section VII (nouvelle) : obligation et délai de conservation des documents nécessaires au recouvrement ou au contrôle des cotisations et contributions sociales Article L. 243-16 nouveau
	Les documents ou pièces justificatives nécessaires à l'établissement de l'assiette ou au contrôle des cotisations et contributions sociales doivent être conservés pendant une durée au moins égale à six ans à compter de la date à laquelle les documents ou pièces ont été établis. Lorsque les documents ou pièces sont établis ou reçus sur support papier, ils peuvent être conservés sur support informatique pendant une durée égale à la durée prévue au premier alinéa. Les modalités de numérisation des pièces et documents établis ou reçus sur support papier sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.
Article L. 244-2 actuel	Article modifié L. 244-2 modifié
Toute action ou poursuite effectuée en application de l'article précédent ou des articles L. 244-6 et L. 244-8-1 est obligatoirement précédée, si elle a lieu à la requête du ministère public, d'un avertissement par lettre	Toute action ou poursuite effectuée en application de l'article précédent ou des articles L. 244-6 et L. 244-8-1 est obligatoirement précédée, si elle a lieu à la requête du ministère public, d'un avertissement par lettre

recommandée de l'autorité compétente de l'Etat invitant l'employeur ou le travailleur indépendant à régulariser sa situation dans le mois. Si la poursuite n'a pas lieu à la requête du ministère public, ledit avertissement est remplacé par une mise en demeure adressée par lettre recommandée à l'employeur ou au travailleur indépendant. Le contenu de l'avertissement ou de la mise en demeure mentionnés au premier alinéa doit être précis et motivé, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	recommandée de l'autorité compétente de l'Etat invitant l'employeur ou le travailleur indépendant à régulariser sa situation dans le mois. Si la poursuite n'a pas lieu à la requête du ministère public, ledit avertissement est remplacé par une mise en demeure adressée par lettre recommandée ou par tout moyen donnant date certaine à leur réception par l'employeur ou le travailleur indépendant. ~~à l'employeur ou au travailleur indépendant.~~ Le contenu de l'avertissement ou de la mise en demeure mentionnés au premier alinéa doit être précis et motivé, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 531-8-1 actuel	Article L. 531-8-1 modifié
Dans le cas mentionné à l'article L. 133-5-12, sans préjudice du montant des rémunérations effectivement versées au salarié par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, le prélèvement mentionné au troisième alinéa de l'article L. 133-5-12 est minoré à hauteur du montant du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 531-8.	Dans le cas mentionné à l'article L. 133-5-12, sans préjudice du montant des rémunérations effectivement versées au salarié par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, le prélèvement mentionné au troisième alinéa de l'article L. 133-5-12 est minoré à hauteur du montant du complément de libre choix du mode de garde mentionné ~~à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 531-8~~ au troisième alinéa de l'article L. 531-8.
Article L. 613-5 actuel	Article L. 613-5 modifié
I. - Lorsque leurs revenus ou, pour ceux mentionnés à l'article L. 613-7, leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, dépassent des seuils fixés par décret, les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. II. - La méconnaissance des obligations prévues au I du présent article entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5. III. - Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 sont tenus de déclarer par voie dématérialisée la création de leur entreprise auprès de l'organisme mentionné au deuxième alinéa de l'article 2 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dans des conditions fixées par décret.	Les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée. La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5.
Code rural et de la pêche maritime	
Article L.712-2 actuel	Article L.712-2 modifié
Toute entreprise, à l'exception de celles mentionnées aux articles L. 1251-42 et L. 1252-1 du code du travail, dont les salariés relèvent du régime des salariés agricoles et répondent aux conditions fixées à l'article L. 712-3 du présent code peut adhérer à un service d'aide à l'accomplissement de ses obligations en matière sociale, dénommé : " Titre emploi-service agricole " et proposé par les caisses de mutualité sociale agricole.	Toute entreprise, à l'exception de celles mentionnées aux articles L. 1251-42 et L. 1252-1 du code du travail, dont les salariés relèvent du régime des salariés agricoles ~~et répondent aux conditions fixées à l'article L. 712-3 du présent code~~ peut adhérer à un service d'aide à l'accomplissement de ses obligations en matière sociale, dénommé : " Titre emploi-service agricole " et proposé par les caisses de mutualité sociale agricole. Le titre emploi-service agricole ne peut être utilisé qu'en France métropolitaine.

Article L.712-3 actuel	Article L.712-3 modifié
Le titre emploi-service agricole ne peut être utilisé qu'en France métropolitaine et par les entreprises : 1° Dont l'effectif n'excède pas vingt salariés titulaires d'un contrat à durée indéterminée ; 2° Ou qui, quel que soit leur effectif, emploient, dans la limite de cent dix-neuf jours consécutifs ou non, des salariés occupés dans les activités ou les exploitations ou les établissements mentionnés aux 1° à 3° et 6° de l'article L. 722-20. Lorsque l'effectif de l'entreprise dépasse le seuil mentionné au 1° du présent article, le service titre emploi-service agricole ne peut être utilisé qu'à l'égard de ces seuls salariés.	~~Le titre emploi-service agricole ne peut être utilisé qu'en France métropolitaine et par les entreprises :~~ ~~1° Dont l'effectif n'excède pas vingt salariés titulaires d'un contrat à durée indéterminée ;~~ ~~2° Ou qui, quel que soit leur effectif, emploient, dans la limite de cent dix-neuf jours consécutifs ou non, des salariés occupés dans les activités ou les exploitations ou les établissements mentionnés aux 1° à 3° et 6° de l'article L. 722-20. Lorsque l'effectif de l'entreprise dépasse le seuil mentionné au 1° du présent article, le service titre emploi-service agricole ne peut être utilisé qu'à l'égard de ces seuls salariés.~~
	Article L. 724-7-2 nouveau
	Les dispositions de l'article L. 243-16 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole.
Article L. 725-3 actuel	Article L. 725-3 modifié
Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application. Indépendamment de la procédure contentieuse prévue aux articles L. 142-1 à L. 144-2 du code de la sécurité sociale et de l'action en constitution de partie civile prévue aux articles 418 et 536 du code de procédure pénale, les caisses de mutualité sociale agricole peuvent, après avoir mis en demeure les redevables de régulariser leur situation, recouvrer les cotisations et éventuellement les pénalités dues en utilisant l'une ou plusieurs des procédures suivantes : 1° La contrainte qui comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, dans des délais et selon des conditions fixées par décret, tous les effets d'un jugement et qui confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire ; 2° L'état exécutoire signé par le préfet dans le cadre d'une procédure sommaire dont le recouvrement est effectué comme en matière de contributions directes.	Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application. Indépendamment de la procédure contentieuse prévue aux articles L. 142-1 à L. 144-2 du code de la sécurité sociale et de l'action en constitution de partie civile prévue aux articles 418 et 536 du code de procédure pénale, les caisses de mutualité sociale agricole peuvent, après avoir mis en demeure les redevables de régulariser leur situation par lettre recommandée ou par tout moyen donnant date certaine de sa réception, recouvrer les cotisations et éventuellement les pénalités dues en utilisant l'une ou plusieurs des procédures suivantes : 1° La contrainte qui comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, dans des délais et selon des conditions fixées par décret, tous les effets d'un jugement et qui confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire ; 2° L'état exécutoire signé par le préfet dans le cadre d'une procédure sommaire dont le recouvrement est effectué comme en matière de contributions directes.
Article L. 725-24 actuel	Article L. 725-24 modifié
I.-L'article L. 243-6-3 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole sous réserve des adaptations particulières suivantes : 1° Les organismes mentionnés au premier alinéa du I de cet article du code de la sécurité sociale sont les caisses de mutualité sociale agricole ;	I.- L'article L. 243-6-3 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole sous réserve des adaptations particulières suivantes : 1° Le premier alinéa du I de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes : « I. - Les caisses de mutualité sociale agricole se prononcent de manière explicite sur toute demande d'une personne posant une question nouvelle et non

2° Le contrôle mentionné au troisième alinéa du I de cet article du code de la sécurité sociale est celui prévu aux articles L. 724-7 et L. 724-11 ; 3° Le rôle de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale mentionné au quatrième alinéa du I, au deuxième alinéa du III et au IV de cet article du code de la sécurité sociale est rempli par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; 4° Le rapport mentionné au IV de cet article du code de la sécurité sociale est transmis aux ministres en charge de la sécurité sociale et de l'agriculture. II.-L'article L. 133-6-9 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole, sous réserve des adaptations particulières suivantes : 1° Le I de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes : " I.-Les caisses de mutualité sociale agricole se prononcent de manière explicite sur toute demande d'un cotisant ou futur cotisant relevant du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles, ayant pour objet de connaître l'application à sa situation de la législation relative aux conditions d'affiliation à ce régime ou aux mesures d'exonération dont peuvent bénéficier les chefs d'exploitation ou d'entreprises agricoles en vertu de l'article L. 731-13. " ; 2° Le contrôle mentionné au III de cet article du code de la sécurité sociale est celui prévu aux articles L. 724-7 et L. 724-11 ; 3° Le IV de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes : Lorsque les caisses de mutualité sociale agricole entendent modifier pour l'avenir leur décision, elles en informent le cotisant. Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Celle-ci transmet aux caisses de mutualité sociale agricole sa position quant à l'interprétation à retenir. Celles-ci la notifient au demandeur dans le délai d'un mois de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours.	dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux conditions d'affiliation aux régimes agricoles ou de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes. » ; 2° Le contrôle mentionné au troisième alinéa du I de cet article du code de la sécurité sociale est celui prévu aux articles L. 724-7 et L. 724-11 ; 3° Le rôle de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale mentionné au quatrième alinéa du I, au deuxième alinéa du III et au IV de cet article du code de la sécurité sociale est rempli par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; 4° Le rapport mentionné au IV de cet article du code de la sécurité sociale est transmis aux ministres en charge de la sécurité sociale et de l'agriculture. ~~II.-L'article L. 133-6-9 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole, sous réserve des adaptations particulières suivantes :~~ ~~1° Le I de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :~~ ~~" I.-Les caisses de mutualité sociale agricole se prononcent de manière explicite sur toute demande d'un cotisant ou futur cotisant relevant du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles, ayant pour objet de connaître l'application à sa situation de la législation relative aux conditions d'affiliation à ce régime ou aux mesures d'exonération dont peuvent bénéficier les chefs d'exploitation ou d'entreprises agricoles en vertu de l'article L. 731-13. " ;~~ ~~2° Le contrôle mentionné au III de cet article du code de la sécurité sociale est celui prévu aux articles L. 724-7 et L. 724-11 ;~~ ~~3° Le IV de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :~~ ~~Lorsque les caisses de mutualité sociale agricole entendent modifier pour l'avenir leur décision, elles en informent le cotisant. Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Celle-ci transmet aux caisses de mutualité sociale agricole sa position quant à l'interprétation à retenir. Celles-ci la notifient au demandeur dans le délai d'un mois de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours.~~

Article 14 - Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments

I. Présentation de la mesure

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

Les entreprises assurant l'exploitation d'une spécialité pharmaceutique sont soumises au paiement d'un droit d'enregistrement lors du dépôt de demandes d'autorisation de mise sur le marché (AMM) auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Les droits à acquitter pour le dépôt de demandes d'autorisation de mise sur le marché sont encadrés par les dispositions de l'article 1635 bis AE du code général des impôts et leur barème est fixé par l'article 344 *undecies* A de l'annexe 3 du code général des impôts.

Les droits d'enregistrement sont perçus à chaque demande d'autorisation de mise sur le marché, mais également lors de leur renouvellement et de leurs modifications. Ainsi, pour une même spécialité pharmaceutique, le suivi peut générer plusieurs mises à jour chaque année. Lors du dépôt de chaque demande auprès de l'ANSM, le dossier d'autorisation, de renouvellement ou de modification d'AMM n'est réputé complet que s'il est accompagné d'une quittance délivrée après le versement auprès de la DGFIP d'un droit correspondant à la demande déposée.

Cette procédure contraignante, qui implique pour les entreprises de s'adresser à deux interlocuteurs successifs, ne répond à aucune justification pour les modifications mineures, de type administratif notamment, n'induisant pas d'évaluation scientifique ou de charge de travail significative de la part l'ANSM.

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

a) Mesure proposée

Dans un objectif de simplification des démarches administratives des entreprises redevables, la mesure prévoit de supprimer l'obligation de paiement d'un droit d'enregistrement lors de l'examen par l'ANSM de modifications mineures apportées aux termes des autorisations de mise sur le marché de médicaments. Afin d'assurer la neutralité financière du dispositif, la mesure vise à augmenter la limite maximale du droit applicable de 50 000 € à 60 000 € pour les demandes d'AMM afin de permettre, par la voie réglementaire, de prévoir une augmentation du droit requis pour les demandes d'autorisation initiale d'AMM ou en cas de modifications majeures.

Cette mesure, qui sera dans son ensemble sans impact financier, permettra de clarifier le paysage, de simplifier les démarches des redevables et de disposer d'une tarification se rapprochant davantage de la structuration de l'activité de l'ANSM.

b) Autres options possibles

- Mise en place d'un droit unique en cas de modifications identiques de type IA (modifications mineures) d'AMM détenues par le même laboratoire. Cette proposition alternative serait toutefois de nature à créer une rupture d'égalité entre les laboratoires pharmaceutiques au détriment de ceux qui ont un nombre limité d'AMM : les laboratoires détenteurs d'un nombre important d'AMM se trouveraient favorisés par ce paiement unique dès lors qu'un laboratoire détenteur d'une seule AMM devrait s'acquitter de la même somme.
- De façon alternative, il pourrait être envisagé de créer, pour chaque spécialité pharmaceutique, un droit annuel unique couvrant l'ensemble des modifications quelles qu'en soient leur nature. Néanmoins, cette proposition supprimerait toute différenciation de traitement entre modifications d'autorisation de mise sur le marché alors même que le principe du paiement d'un droit doit être maintenu pour les modifications susceptibles d'avoir des répercussions sur la qualité, la sécurité ou l'efficacité des médicaments et justifiant un travail d'évaluation important pour les services de l'ANSM. Compte tenu des contraintes juridiques et opérationnelles de cette option, une mesure de suppression des droits d'enregistrement mineurs, telle qu'évoquée ci-dessus, semble devoir être privilégiée.

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

Les dispositions du présent article sont directement relatives aux modalités de recouvrement de contributions affectées à la sécurité sociale et trouvent donc leur place en loi de financement sans qu'il soit nécessaire de rechercher un impact sur l'équilibre financier des régimes obligatoires de base, en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Au surplus, bien que l'impact financier soit limité puisque l'économie générale de la mesure consiste à augmenter le droit pour les demandes initiales et les modifications majeures d'AMM de manière à compenser les pertes générées

par la suppression du droit pour les modifications mineures, la compensation est par construction prévisionnelle et ne sera donc, avec certitude, pas intégrale. Ces dispositions auront un effet direct et certain sur les recettes de ces régimes et relèvent donc également du 2° du B du V du même article.

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

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

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. La mesure a également fait l'objet d'une concertation avec l'ANSM.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure vise à tenir compte en droit interne des règlements communautaires n°1084/2003 et n°1234/2008 et participe donc au respect par la France de ses obligations européennes.

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

La mesure s'inscrit pleinement dans le cadre de la réglementation communautaire qui autorise les États membre à prévoir une procédure de notification simplifiée et rapide pour permettre l'introduction de certains changements mineurs n'affectant pas la qualité, la sécurité et l'efficacité approuvées du médicament.

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

a) Possibilité de codification

L'article 1635 AE *bis* du code général des impôts est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La finalité de la mesure est une simplification, à rendement constant, des démarches administratives des entreprises redevable. La perte de recettes induite par la suppression du paiement des droits d'enregistrement, en cas de modifications mineures non substantielles, est évalué à environ 13 M€.

Afin d'assurer la neutralité financière du dispositif global, la mesure vise à réhausser le plafond applicable de 50 000€ à 60 000€ afin de permettre, par voie réglementaire, de prévoir une augmentation du droit requis pour les demandes d'autorisation initiale d'AMM ou en cas de modifications majeures d'AMM à due proportion de la perte générée par la suppression du droit pour les demandes mineures non substantielles identifiées.

Les nouveaux montants des droits applicables seront fixés par voie réglementaire.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
		marginal	marginal	marginal	marginal

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

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

a) impacts économiques

La mesure vise à simplifier les formalités qui génèrent des coûts inutiles pour les entreprises.

b) impacts sociaux

Néant.

- *Impact sur les jeunes*

Néant.

- *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Néant.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

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

Néant.

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

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

Cette mesure sera de nature à simplifier les démarches administratives des entreprises de l'industrie pharmaceutique qui sont soumises, pour des modifications de nature administrative, à deux interlocuteurs distincts : la DGFIP pour le paiement du droit et l'obtention de la quittance, l'ANSM pour les formalités de dépôt de la demande de modification.

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

Cette mesure de nature à alléger la charge administrative de la DGFIP qui ne sera plus saisie pour les demandes de modification mineures et, de manière résiduelle, de l'ANSM en charge de la vérification des demandes déposées.

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

Néant.

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

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

Deux décrets d'application viendront préciser: d'une part, la liste des modifications mineures qui seraient exonérées de droit d'enregistrement ; d'autre part, le réexamen du barème des droits applicables (en contrepartie de la suppression de droit pour les demandes mineures identifiées).

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

Cette mesure entre en vigueur à compter de la publication des décrets d'application, qui pourront faire l'objet d'un consensus entre les différentes parties (administrations, ANSM, entreprises), soit au 1er avril 2019.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés par la DGFIP en charge du recouvrement de la taxe et par l'ANSM.

d) Suivi de la mise en œuvre

Néant

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code général des impôts	
Article 1635 bis AE actuel	Article 1635 bis AE modifié
I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique de chaque : 1° Demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de chaque demande ou notification de modification de cet enregistrement ; 2° Demande d'enregistrement mentionnée à l'article L. 5121-14-1 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de chaque demande ou notification de modification de cet enregistrement ; 3° Demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de renouvellement ou de chaque demande ou notification de modification de cette autorisation ; 4° Demande de reconnaissance par au moins un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le directeur général de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande ou notification de modification de cette autorisation ; 5° Demande d'autorisation d'importation parallèle conformément à l'article L. 5124-13 du même code et de chaque demande de modification ou de renouvellement de cette autorisation ; 6° Demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité, mentionné aux articles L. 5122-8 et L. 5122-9 du même code ; 7° Demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation de publicité, mentionnée aux articles L. 5213-4 et L. 5223-3 du même code. II. – Le montant du droit dû à raison des dépôts mentionnés au I est fixé par décret dans la limite maximale de : a) 7 600 € pour les demandes mentionnées au 1° du I ; b) 21 000 € pour les demandes mentionnées au 2° du I ; c) 50 000 € pour les demandes mentionnées aux 3° à 5° du I ; d) 1 200 € pour les demandes mentionnées aux 6° et 7° du I. III. – Le versement du droit s'effectue par virement. Il est accompagné d'une déclaration dont le modèle est fixé	I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique de chaque : 1° Demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de chaque demande ou notification de modification de cet enregistrement ; 2° Demande d'enregistrement mentionnée à l'article L. 5121-14-1 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de chaque demande ou notification de modification de cet enregistrement ; 3° Demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de renouvellement ou de chaque demande ou notification de modification de cette autorisation ; Ne sont pas subordonnées au paiement du droit certaines modifications mineures de type IA mentionnées au 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. Un décret en Conseil d'Etat en fixe la liste ; 4° Demande de reconnaissance par au moins un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le directeur général de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande ou notification de modification de cette autorisation ; 5° Demande d'autorisation d'importation parallèle conformément à l'article L. 5124-13 du même code et de chaque demande de modification ou de renouvellement de cette autorisation ; 6° Demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité, mentionné aux articles L. 5122-8 et L. 5122-9 du même code ; 7° Demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation de publicité, mentionnée aux articles L. 5213-4 et L. 5223-3 du même code. II. – Le montant du droit dû à raison des dépôts mentionnés au I est fixé par décret dans la limite

par l'administration. Le droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. L'administration atteste du versement. A défaut de production de l'attestation de versement à l'appui de son dépôt à l'agence ou en cas de versement d'un montant insuffisant, le dossier de la demande est réputé incomplet.

Lorsque le dossier d'une demande mentionnée au I est complet, le droit versé n'est restituable qu'à concurrence de la fraction de son montant dont l'agence a antérieurement constaté l'insuffisance de versement.

maximale de :

- a) 7 600 € pour les demandes mentionnées au 1° du I ;
- b) 21 000 € pour les demandes mentionnées au 2° du I ;
- c) ~~50 000~~ **60 000** € pour les demandes mentionnées **au premier alinéa du 3°, au 4° et au 5° du I** ;
- d) 1 200 € pour les demandes mentionnées aux 6° et 7° du I.

III. – Le versement du droit s'effectue par virement. Il est accompagné d'une déclaration dont le modèle est fixé par l'administration. Le droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. L'administration atteste du versement. A défaut de production de l'attestation de versement à l'appui de son dépôt à l'agence ou en cas de versement d'un montant insuffisant, le dossier de la demande est réputé incomplet.

Lorsque le dossier d'une demande mentionnée au I est complet, le droit versé n'est restituable qu'à concurrence de la fraction de son montant dont l'agence a antérieurement constaté l'insuffisance de versement.

Article 15 - Simplifier et homogénéiser les mécanismes de sauvegarde pour les produits de santé

I. Présentation de la mesure

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

Les dépenses des médicaments font l'objet d'une gestion dynamique de la part du Comité économique des produits de santé (CEPS) et des caisses d'assurance maladie, tout au long de l'année. Les actions menées visent à rendre plus efficaces les dépenses de médicaments, et doivent contribuer *in fine* au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Toutefois, compte tenu du dynamisme de ces dépenses lié à l'arrivée des nouveaux produits et des incertitudes pesant sur certaines négociations à fort enjeu, ces différentes actions ne suffisent pas toujours à garantir que la progression de ces dépenses sera compatible avec le respect de l'ONDAM.

Dans ce cas, le mécanisme dit « de clause de sauvegarde » permet d'assurer en dernier recours une atténuation du niveau de dépenses liées aux médicaments remboursés, lorsque la croissance de ces dépenses dépasse un niveau fixé par la loi. Cette clause de sauvegarde, initialement introduite en 1999, a été revue en 2015 et 2017. Les deux dernières réformes visaient à moderniser un dispositif déjà ancien et devenu inadapté aux exigences nouvelles relatives au respect de l'ONDAM et à l'évolution du marché pharmaceutique (taux d'innovation différencié entre les marchés de ville et à l'hôpital, nécessitant une régulation spécifique). Le dispositif pourrait cependant être mieux adapté à son objectif : alors qu'il vise à protéger l'ONDAM contre une évolution trop importante des dépenses remboursées de médicaments, son assiette ne concerne pas l'ensemble des spécialités. Le dispositif pourrait également être amélioré pour le rendre plus lisible et prévisible pour les industriels.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à modifier les conditions d'encadrement des dépenses de médicaments. La clause de sauvegarde pour les médicaments connaîtra trois évolutions principales :

- premièrement, le dispositif sera rendu plus lisible grâce à une mise en cohérence de son assiette par rapport à la finalité visée, la protection contre des dépenses de médicaments trop élevées. La nouvelle assiette sera constituée du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments remboursables sans exception, net des remises produits versées au CEPS. La clause actuelle exclut en effet les médicaments génériques et certains médicaments orphelins de son champ en dépit du dynamisme de la dépense associée ;
- deuxièmement, la contribution sera répartie au prorata du seul chiffre d'affaires et non de sa progression, ce qui est tout à la fois plus équitable et plus lisible ;
- troisièmement, la distinction entre les mécanismes de régulation des dépenses de médicaments de ville (ancien taux « Lv ») et ceux de l'hôpital (taux « Lh ») sera supprimée au profit d'une régulation unique d'ensemble : la clause de sauvegarde se déclenchera si un certain montant « M », de chiffre d'affaires, est dépassé pour l'année considérée.

Pour l'année 2019, la clause de sauvegarde se déclenchera au-delà d'un « M » correspondant à un chiffre d'affaires net supérieur de 0,5% à celui de l'année 2018. Dans ce cas, les niveaux de reversement prévus seront identiques à ceux actuellement en vigueur : 50%, 60% puis 70% en fonction du niveau de dépassement.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de conserver pour une assiette de la clause de sauvegarde le chiffre d'affaires réalisé par les laboratoires exploitant les médicaments, sans prendre en compte les remises. Toutefois, une telle assiette éloigne la clause de sauvegarde des dépenses prises en compte dans le cadre de l'ONDAM.

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

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

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

Les conseils d’administration de l’ACOSS, de la CNAF, de la CNAV et de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, les conseils de la CNAM, de l’UNOCAM, le conseil central d’administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure sera codifiée puisqu’elle implique une modification de plusieurs articles du code de la sécurité sociale (L. 138-10, L. 138-11, L. 138-12, L. 138-13, L. 138-14, L. 138-15 et L. 138-16).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La clause de sauvegarde pour les médicaments ne doit pas se déclencher si les efforts de maîtrise médicalisée et les négociations sur les prix des nouveaux produits onéreux permettent de rendre compatible l’augmentation des dépenses de médicaments avec le niveau retenu pour l’ONDAM.

Toutefois, si les dépenses de médicaments hospitaliers continuent à croître à une vitesse rapide, ou s'accroissent, la clause de sauvegarde relative aux médicaments pourrait se déclencher et jouer pleinement son rôle de mécanisme de rappel.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 R	2020	2021	2022
		0			

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

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

a) impacts économiques

Le rendement théorique de la mesure étant nul, il n'est pas attendu d'impact supplémentaire de cette mesure pour les entreprises commercialisant des médicaments.

b) impacts sociaux

La mesure n'a pas d'impact pour les assurés.

• Impact sur les jeunes

Sans objet

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

La mesure est sans impact sur les assurés ; seuls les entreprises commercialisant des médicaments pris en charge pourraient être impactés en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde.

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

Cette mesure nécessitera d'adapter les systèmes d'information du recouvrement de cette clause.

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

La mesure est sans impact supplémentaire sur les caisses de sécurité sociale.

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

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

Décret d'application prévoyant les modalités de transmission d'information par le CEPS de l'Acosse sur les remises.

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

La mesure est d'application directe.

- c) Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Aucune information particulière n'est à prévoir.

- d) Suivi de la mise en œuvre**

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi du respect de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 138-10 actuel	Article L. 138-10 modifié
I. - Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, ont respectivement évolué de plus d'un taux (Lv) ou d'un taux (Lh), déterminés par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, minorés des remises mentionnées à l'article L. 138-13 et des contributions prévues au présent article, ces entreprises sont assujetties à des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution. II. - Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont : 1° S'agissant du taux (Lv), ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ; 2° S'agissant du taux (Lh) : a) Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ; b) Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ; c) Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte : - les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins et pour lesquels le chiffre d'affaires total, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ; - les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, sont remboursées sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° du même article L. 5121-1 est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.	I. - Lorsque ~~les chiffres d'affaires hors taxes réalisés~~ le chiffre d'affaires hors taxe réalisé au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, ~~ont respectivement évolué de plus d'un taux (Lv) ou d'un taux (Lh) déterminé~~ minorer des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code, est supérieur à un montant M, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ~~par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, minorés des remises mentionnées à l'article L. 138-13 et des contributions prévues au présent article~~, ces entreprises sont assujetties ~~à des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution~~ à une contribution. II. - Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont : 1° ~~S'agissant du taux (Lv), ceux~~ Ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ; ~~2° S'agissant du taux (Lh) :~~ 2° a) Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ; 3° b) Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ; 4° c) Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. ~~Ne sont toutefois pas pris en compte :~~ ~~- les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins et pour lesquels le chiffre d'affaires total, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ;~~ ~~- les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, sont remboursées sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° du même article L. 5121-1 est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.~~

III. - Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que les contributions prévues au présent article s'imputent sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Pour chaque année civile considérée, dans le cas où un médicament relève simultanément ou consécutivement des taux d'évolution (Lv) et (Lh), les chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont répartis : 1° Pour l'année au titre de laquelle la contribution est due, au prorata des montants remboursés pour ce médicament par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre, respectivement, des 1° et 2° du II ; 2° Pour l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due, selon la proratisation définie au 1° du présent III, en utilisant de nouveau les montants remboursés au titre de l'année au titre de laquelle la contribution est due.		~~III. — Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que les contributions prévues au présent article s'imputent sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Pour chaque année civile considérée, dans le cas où un médicament relève simultanément ou consécutivement des taux d'évolution (Lv) et (Lh), les chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont répartis :~~ ~~1° Pour l'année au titre de laquelle la contribution est due, au prorata des montants remboursés pour ce médicament par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre, respectivement, des 1° et 2° du II ;~~ ~~2° Pour l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due, selon la proratisation définie au 1° du présent III, en utilisant de nouveau les montants remboursés au titre de l'année au titre de laquelle la contribution est due.~~																			
Article L. 138-11 actuel		Article L. 138-11 modifié																			
L'assiette de chaque contribution définie à l'article L. 138-10 est égale aux chiffres d'affaires respectifs de l'année civile mentionnés au I du même article L. 138-10, après application, le cas échéant, des modalités de répartition définies aux 1° et 2° du III dudit article L. 138-10.		L'assiette de ~~chaque la~~ contribution définie à l'article L. 138-10 est égale ~~aux chiffres d'affaires respectifs de l'année civile mentionnés au~~ chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au I du même article L. 138-10, ~~après application, le cas échéant, des modalités de répartition définies aux 1° et 2° du III dudit article L. 138-10~~ minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1. Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités fixées par décret, les montants des remises mentionnées à l'alinéa précédent pour les entreprises redevables.																			
Article L. 138-12 actuel		Article L. 138-12 modifié																			
Le montant total de chaque contribution est calculé comme suit, en prenant comme taux (L) mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux (Lv) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1° du II de l'article L. 138-10, soit le taux (Lh) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2° du même II :		Le montant total de ~~chaque contribution la~~ contribution est calculé comme suit ~~en prenant comme taux (L) mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux (Lv) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1° du II de l'article L. 138-10, soit le taux (Lh) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2° du même II :~~																			
<table><tr><th>TAUX D'ACCROISSEMENT DU CHIFFRE D'AFFAIRES</th><th>TAUX DE LA CONTRIBUTION</th></tr><tr><td>de l'ensemble des entreprises redevables (T)</td><td>(exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)</td></tr><tr><td>T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point</td><td>50 %</td></tr><tr><td>T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point</td><td>60 %</td></tr><tr><td>T supérieur à L + 1 point</td><td>70 %</td></tr></table>	TAUX D'ACCROISSEMENT DU CHIFFRE D'AFFAIRES	TAUX DE LA CONTRIBUTION	de l'ensemble des entreprises redevables (T)	(exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)	T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point	50 %	T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	60 %	T supérieur à L + 1 point	70 %	<table><tr><th>TAUX D'ACCROISSEMENT-DU CHIFFRE D'AFFAIRES</th><th>TAUX DE LA CONTRIBUTION</th></tr><tr><td>de l'ensemble des entreprises redevables (F CA)</td><td>(exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)</td></tr><tr><td>F CA supérieur à L M et inférieur ou égal à L + 0,5 point M multiplié par 1,005</td><td>50 %</td></tr><tr><td>F CA supérieur à L + 0,5 point M multiplié par 1,005 et inférieur ou égal à L + 1 point M multiplié par 1,01</td><td>60 %</td></tr><tr><td>F CA supérieur à L + 1 point M multiplié par 1,01</td><td>70 %</td></tr></table>	TAUX D'ACCROISSEMENT-DU CHIFFRE D'AFFAIRES	TAUX DE LA CONTRIBUTION	de l'ensemble des entreprises redevables (F CA)	(exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)	F CA supérieur à L M et inférieur ou égal à L + 0,5 point M multiplié par 1,005	50 %	F CA supérieur à L + 0,5 point M multiplié par 1,005 et inférieur ou égal à L + 1 point M multiplié par 1,01	60 %	F CA supérieur à L + 1 point M multiplié par 1,01	70 %
TAUX D'ACCROISSEMENT DU CHIFFRE D'AFFAIRES	TAUX DE LA CONTRIBUTION																				
de l'ensemble des entreprises redevables (T)	(exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)																				
T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point	50 %																				
T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	60 %																				
T supérieur à L + 1 point	70 %																				
TAUX D'ACCROISSEMENT-DU CHIFFRE D'AFFAIRES	TAUX DE LA CONTRIBUTION																				
de l'ensemble des entreprises redevables (F CA)	(exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)																				
F CA supérieur à L M et inférieur ou égal à L + 0,5 point M multiplié par 1,005	50 %																				
F CA supérieur à L + 0,5 point M multiplié par 1,005 et inférieur ou égal à L + 1 point M multiplié par 1,01	60 %																				
F CA supérieur à L + 1 point M multiplié par 1,01	70 %																				

Chaque contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 50 %, au prorata de son chiffre d'affaires respectif calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 50 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article L. 138-10. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe. Le montant des contributions dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son 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 civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.	~~Chaque contribution~~ La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, ~~à concurrence de 50 %~~, au prorata de son chiffre d'affaires ~~respectif~~ calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 ~~et, à concurrence de 50 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article L. 138-10~~. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. ~~Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.~~ Le montant ~~des contributions dues~~ de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son 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 civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.
Article L. 138-13 actuel	Article L. 138-13 modifié
Les entreprises redevables de chaque contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de chaque contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise. Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de chaque contribution si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de chaque contribution. A défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de chaque contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de chaque contribution.	Les entreprises redevables de ~~chaque~~ la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle ~~chaque~~ la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle ~~chaque~~ la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de ~~chaque~~ la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise. Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de ~~chaque~~ la contribution si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de ~~chaque~~ la contribution. A défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de ~~chaque~~ la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de ~~chaque~~ la contribution.
Article L. 138-14 actuel	Article L. 138-14 modifié
En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le	En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le

champ des éléments pris en compte pour le calcul de chaque contribution est défini à périmètre constant.	champ des éléments pris en compte pour le calcul de ~~chaque~~ la contribution est défini à périmètre constant.
Article L. 138-15 actuel	Article L. 138-15 modifié
Les contributions dues par chaque entreprise redevable font l'objet d'un versement au plus tard le 1er juillet suivant l'année civile au titre de laquelle les contributions sont dues. Les entreprises redevables de chaque contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires respectif réalisé au cours de l'année au titre de laquelle chaque contribution est due, avant le 1er avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé, afin que celui-ci signale le cas échéant les rectifications des données à opérer.	~~Les contributions dues~~ La contribution due par chaque entreprise redevable ~~font fait~~ l'objet d'un versement au plus tard le 1er juillet suivant l'année civile au titre de laquelle ~~les contributions sont dues~~ la contribution est due. Les entreprises redevables de ~~chaque~~ la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires ~~respectif~~ réalisé au cours de l'année au titre de laquelle ~~chaque~~ la contribution est due, avant le 1er avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé, afin que celui-ci signale le cas échéant les rectifications des données à opérer.
Article L. 138-16 actuel (rédaction issue de l'article 4 de la LFSS pour 2019)	Article L. 138-16 modifié (rédaction issue de l'article 4 de la LFSS pour 2019)
Le produit des contributions et des remises mentionnées à l'article L. 138-13, est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.	Le produit ~~des contributions~~ de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13, est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Article 16 - Mesures en faveur des travailleurs indépendants (1/2) : clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants

I. Présentation de la mesure

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

• *Modalités de détermination de l'assiette fiscale et sociale des travailleurs indépendants*

L'assiette des cotisations de sécurité sociale des travailleurs indépendants est déterminée par référence au revenu d'activité servant au calcul de l'impôt sur le revenu, retraité des effets d'un certain nombre de dispositifs fiscaux qui ne trouvent de sens qu'en matière fiscale (art. L. 131-6 du CSS).

Il s'agit d'une assiette sociale dite « nette » dans la mesure où les cotisations obligatoires de sécurité sociale ainsi que la part fiscalement déductible de la CSG ne font pas partie des éléments réintégrés dans l'assiette sociale.

Cette assiette nette présente l'intérêt de pouvoir appréhender de manière précise le revenu généré par l'activité. Le fait d'établir le calcul à partir de l'assiette nette présente toutefois un certain nombre d'inconvénients.

En premier lieu, ces modalités de calcul des cotisations et contributions sont mal comprises par les travailleurs indépendants, tout comme les différences pourtant minimes, mais fréquentes, qui existent entre les montants de cotisations qu'ils ont calculés et les montants calculés ultérieurement par les Urssaf.

Tout d'abord, les travailleurs indépendants qui ont une comptabilité d'exercice – ce qui est la règle générale sauf pour une partie des professions libérales qui peuvent recourir à une comptabilité de caisse – sont aujourd'hui obligés de « pré-calculer » eux-mêmes leurs cotisations sociales, afin de les déduire pour déterminer leur revenu d'activité qui sera soumis à imposition et à cotisations sociales. Ce calcul s'avère complexe pour les cotisants dès lors que les prélèvements sociaux sont calculés sur une assiette dont a été déduite la majeure partie de ces mêmes prélèvements, induisant une circularité dans le calcul. Or aucune règle n'a été définie de manière claire afin de déterminer les conditions de réalisation de ce calcul de l'assiette, ce qui est une source fréquente de questions, de difficultés de compréhension ainsi que d'erreurs dans les opérations de recouvrement. Ensuite, la base de calcul de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) est quant à elle constituée du revenu d'activité du travailleur indépendant, majoré des cotisations aux régimes obligatoires de sécurité sociale qui ont été déduites du bénéfice imposable en application de l'article 154 bis du code général des impôts pour la détermination de son revenu fiscal. Or, aujourd'hui, il est demandé aux assurés de déclarer, au moyen de l'actuelle déclaration sociale des indépendants (DSI), outre le revenu d'activité et les éléments à réintégrer, le montant des cotisations sociales déclaré à l'administration fiscale. Ce montant de cotisations pourrait toutefois être déduit du montant du revenu, ainsi que le travailleur indépendant l'a fait lui-même. Cette déclaration a néanmoins pour but 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 réintégrées en vue de calculer la CSG et la CRDS d'autre part. Cette sollicitation n'est toutefois pas comprise des assurés, qui ont, de manière générale, des difficultés à reconstituer le montant de leurs cotisations sociales.

En second lieu, le raisonnement sur la base d'une assiette « nette » de cotisations pose un problème de lisibilité des prélèvements et d'équité dans la répartition de la charge contributive.

Ainsi, le fait de calculer les cotisations sur la base d'une assiette nette conduit à l'impossibilité de comparer les taux de cotisations avec ceux en vigueur pour les autres populations, puisque ces derniers s'appliquent pour les salariés sur une assiette dont les cotisations n'ont pas elles-mêmes été déduites, c'est-à-dire l'assiette brute, et produisent, à taux équivalent, un rendement supérieur. La critique est parfois faite du niveau des taux de cotisations ou du poids des cotisations par rapport au revenu des travailleurs indépendants, alors même que le montant réel des cotisations par rapport au revenu net est en réalité inférieur pour les travailleurs indépendants à celui applicable sur les autres revenus.

En troisième lieu, ce calcul complexe et par étapes conduit en pratique à retarder significativement les opérations de régularisation des cotisations sociales de l'année échue, alors même que le calcul des cotisations dues au titre de l'exercice clos est réalisé en même temps que la détermination du bénéfice net à la fois pour le calcul de l'impôt et celui des prélèvements sociaux. Pourtant, aujourd'hui, c'est seulement lorsque la déclaration de revenus à l'administration fiscale puis à l'administration sociale, qui ne fait que reprendre les éléments déjà pris en compte lors des calculs antérieurs, sont établies, que peut être réalisée la régularisation des cotisations définitives de l'année précédente.

• Prolongation de la durée de l'expérimentation sur la modulation des acomptes de cotisations sociales en 2019 des travailleurs indépendants

Le recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants repose actuellement, sauf pour les micro-entrepreneurs, sur les mêmes modalités que celles de l'imposition des revenus, c'est-à-dire une déclaration annuelle des revenus tirés de l'activité indépendante pour l'année précédente, suivie d'un appel des cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants non agricoles.

Les cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants non agricoles sont appelées dans un premier temps sur une base provisoire dans l'attente de la déclaration du revenu définitif de l'année précédente, puis il est procédé à leur régularisation sur la base de ces revenus définitifs.

De récentes évolutions des règles relatives au calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants ont permis d'engager une démarche de simplification des obligations leur incombant et de permettre au cotisant d'ajuster le montant des cotisations appelées aux revenus effectivement perçus :

- Depuis 2012 il est possible pour un travailleur indépendant de demander, une fois par an, la prise en compte d'un revenu estimé afin de déterminer l'assiette sociale servant à calculer ses cotisations et contributions de sécurité sociale, à la place du revenu de l'avant dernière année. Cette mesure de simplification est utilisée par environ 160 000 cotisants en moyenne tous les ans.
- Dans le souci de réduire le décalage entre perception d'un revenu et paiement des cotisations, l'article 29 de la LFSS pour 2014 a généralisé la possibilité pour les travailleurs indépendants non agricoles de procéder à la déclaration anticipée de leurs revenus. Entré en vigueur au 1^{er} janvier 2015, ce dispositif permet d'ajuster les cotisations appelées sur le dernier revenu connu dès sa déclaration, et d'anticiper d'environ six mois la date de régularisation.

Cette mesure permet à l'ensemble des cotisants travailleurs indépendants de voir le montant de leurs prélèvements sociaux calculés au plus près des revenus effectivement perçus. L'impact en termes de trésorerie pour cette population, dont les revenus d'activité peuvent en outre varier notablement, est particulièrement important. Ce dispositif a occasionné 945,7 M€ de remboursements anticipés aux cotisants en 2017.

Pour continuer d'améliorer la qualité des services proposés aux travailleurs indépendants, concomitamment à la suppression du RSI, il est nécessaire d'aller plus loin dans la prise en compte des réalités économiques de ces cotisants en leur permettant de maîtriser le montant de leur prélèvement social et de l'ajuster au plus près de leur activité mensuelle ou trimestrielle. Aussi, l'article 15 de la LFSS pour 2018 prévoit la mise en œuvre d'une expérimentation par les URSSAF permettant aux travailleurs indépendants d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle établie à partir des informations communiquées par ces travailleurs indépendants en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels.

Le dispositif expérimental conçu par l'ACOSS sera ainsi encore plus souple que les mécanismes actuels d'ajustements des acomptes de cotisations. Il permettra aux travailleurs indépendants confrontés à d'importantes variations de revenus, de déclarer en temps réel au moyen d'un téléservice disponible à compter du 1^{er} janvier 2019 leur revenu mensuel ou trimestriel et d'effectuer en même temps un télépaiement ou un paiement par carte bancaire du montant de leurs cotisations sociales provisionnelles qui sont recalculées en conséquence. Cette cotisation provisionnelle se substituera automatiquement à celle prévue dans leur échéancier transmis préalablement et basé en l'occurrence sur les revenus 2017 ou sur un revenu estimé en début d'année. Cette expérimentation – même si elle ne portera que sur 2 régions – devrait, aux termes de la loi, être interrompue le 30 juin 2019, ce qui 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. A titre de simplification, il est proposé de prolonger cette expérimentation de 6 mois jusqu'au 31 décembre 2019.

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

a) Mesure proposée

• Modalités de détermination de l'assiette fiscale et sociale des travailleurs indépendants

La mesure proposée vise à clarifier les modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants afin d'éviter des disparités dans les méthodes de calcul. Elle procède ainsi à une réécriture du texte de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale relatif à l'assiette des cotisations des travailleurs indépendants afin de prévoir que les cotisations sociales devant être déduites pour établir cette même assiette correspondent bien à celles calculées en application de ce même article, et non aux cotisations déduites en application de l'article 154 bis du CGI alors que ce dernier article fait lui-même référence aux cotisations dues en application de l'article L. 131-6.

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.

Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la démarche de simplification des démarches des travailleurs indépendants et notamment de la suppression de la Déclaration sociale des indépendants (DSI) annoncée en septembre 2017 par le

Premier ministre, qui permettra de reconstituer le revenu net des travailleurs indépendants à partir de leurs déclarations fiscales.

A terme, le calcul des cotisations et contributions sociales pourrait être intégralement réalisé à partir du revenu établi avant déduction des cotisations sociales, ce qui dispenserait totalement du calcul circulaire complexe actuel.

• Prolongation de la durée de l'expérimentation sur la modulation des acomptes de cotisations sociales en 2019 des travailleurs indépendants

Enfin, il est prévu de permettre aux travailleurs indépendants qui seront volontaires dans le cadre de cette expérimentation de continuer à bénéficier après le mois de juin 2019 et jusqu'à la fin de l'année d'une modulation de leurs cotisations provisionnelles en fonction de leur activité. Cette modulation interviendra à l'initiative du travailleur indépendant sans contrainte supplémentaire ni interruption du téléservice qui sera mis à leur disposition pour déclarer leur revenu mensuel ou trimestriel et payer leur cotisations sociales.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de simplifier les modalités de calcul de la CSG-CRDS et de modifier l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale pour remplacer la référence aux cotisations sociales fiscalement déduites « visées à l'article 154 bis du code général des impôts », par une référence aux cotisations des régimes obligatoires de sécurité sociale payées par l'assuré et son conjoint collaborateur au cours de l'année.

Si une telle solution permettrait de simplifier uniquement le calcul de la CSG-CRDS pour les URSSAF, elle ne permettrait pas de résoudre les difficultés posées pour le calcul des cotisations sociales elles-mêmes. En outre, la référence aux cotisations payées par l'assuré au cours de l'année considérée, inclut les régularisations de cotisations payées au titre des années antérieures, entraînant ainsi un effet majorant.

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.

Afin de mettre fin au caractère circulaire des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants, calculées sur la base du revenu duquel ces mêmes cotisations ont été déduites, il pourrait être proposé de retenir plutôt une assiette « brute », c'est-à-dire d'appliquer des taux de cotisations à partir du revenu dont les cotisations ne seraient pas elles-mêmes déduites. Une telle solution permettrait d'aligner l'assiette des cotisations sociales avec celle de la CSG-CRDS qui est déjà calculée sur cette assiette.

Ainsi l'assiette de calcul des cotisations serait constituée du revenu établi en déduisant l'ensemble des charges déductibles admises en matière fiscale comme en matière sociale, à l'exclusion des charges déductibles exclusivement en matière fiscale et en réintégrant les éléments de revenus qui ne sont pas retenus en matière fiscale. En pratique, il s'agirait du revenu retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu augmenté des réintégrations prévues actuellement à l'article L. 131-6 du CSS sans déduction des cotisations sociales obligatoires et facultatives.

Afin d'éviter que ce changement d'assiette conduise à une hausse des cotisations payées, il conviendrait alors d'adapter les taux de cotisations sociales, ainsi que les assiettes minimales, les plafonds et les règles d'exonération actuellement applicables aux travailleurs indépendants pour assurer la neutralité du niveau des prélèvements par rapport à la situation actuelle. Les taux des cotisations d'assurance vieillesse devront pour leur part être définis de manière cohérente avec les scénarios envisagés dans le cadre de la future réforme des retraites.

Enfin, pour garantir la neutralité de ce changement et participer à la convergence des niveaux de prélèvements en fonction du revenu net réel, l'assiette de la CSG et de la CRDS pourrait être ajustée afin de se rapprocher de celle applicable aux salariés, en appliquant par exemple un abattement équivalent à la part des cotisations correspondant aux cotisations patronales applicables sur les revenus des salariés.

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

Cette mesure ayant un impact sur l'assiette des cotisations et contributions sociales, elle entre dans le cadre des dispositions du 3° du B du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

La prolongation de la durée de l'expérimentation est une mesure qui modifie l'article 15 de la LFSS pour 2018. A ce titre, son adoption en LFSS est justifiée.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions relatives à l'assiette de cotisations des travailleurs indépendants modifient des articles déjà codifiés (articles L. 131-6 et L. 136-3 du code de la sécurité sociale).

Tout comme la mesure initiale, la prolongation de la durée de l'expérimentation sur la modulation des acomptes de cotisations sociales en 2019 des travailleurs indépendants n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Ces mesures de simplification sont construites pour avoir un effet nul sur les prélèvements.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022

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

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

a) impacts économiques

Ces mesures sont construites pour avoir un effet nul ou marginal sur les prélèvements normalement dus.

b) impacts sociaux

Sans objet

• *Impact sur les jeunes*

Sans objet

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Ces mesures de simplification facilitent les démarches de calcul et de déclaration des cotisations sociales pour les assurés.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Il est prévu d'accompagner cette disposition par des précisions introduites par voie doctrinale ou réglementaire sur la réalisation pratique des calculs de déduction des cotisations.

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

Cette mesure entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

L'article 15 de la LFSS pour 2018 prévoit qu'un rapport d'évaluation, transmis au Parlement, est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation qui est actuellement prévue au 30 juin 2019. Il est proposé de ne pas modifier la date de réalisation de ce rapport.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 131-6 actuel	Article L. 131-6 modifié
I.- L'assiette des cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales, d'assurance invalidité-décès et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du dispositif prévu à l'article L. 613-7 du présent code est constituée des revenus d'activité indépendante à retenir pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sous réserve des dispositions des présents II et III. II.- L'assiette prévue au I inclut : 1° Les sommes qui ont été déduites pour le calcul de l'impôt sur le revenu : a) Les exonérations fiscales ; b) Les moins-values à long terme prévues à l'article 39 quinquies du code général des impôts ; c) Les reports déficitaires ; d) Les déductions du chef des frais professionnels prévues au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du même code ; e) Les frais, droits et intérêts d'emprunt prévus au dernier alinéa du 3° de l'article 83 du même code ; f) Les cotisations versées aux régimes facultatifs mentionnés au second alinéa du I de l'article 154 bis du même code pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause à compter du 13 février 1994 ; 2° Les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de	I. - Les cotisations de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du dispositif prévu à l'article L. 613-7 sont assises sur une assiette nette constituée du montant des revenus d'activité indépendante à retenir, sous réserve des dispositions des II à IV, pour le calcul de l'impôt sur le revenu, diminuée d'un montant de cotisations calculé dans les conditions prévues au VI.- ~~L'assiette des cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales, d'assurance invalidité-décès et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du dispositif prévu à l'article L. 133-6-8 du présent code est constituée des revenus d'activité des travailleurs indépendants à retenir pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sous réserve des dispositions des présents II et III.~~ II.- ~~L'assiette prévue~~ Les revenus mentionnés au I sont établis avant déduction au titre de l'impôt sur le revenu ~~inclut les des sommes qui ont été déduites pour le calcul de l'impôt sur le revenu~~ des sommes suivantes : ~~a) 1°~~ Les exonérations fiscales ; ~~b) 2°~~ Les moins-values à long terme prévues à l'article 39 quinquies du code général des impôts ; ~~c) 3°~~ Les reports déficitaires ; ~~d) 4°~~ Les déductions du chef des frais professionnels prévues au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du même code ; ~~e) 5°~~ Les frais, droits et intérêts d'emprunt prévus au dernier alinéa du 3° de l'article 83 du même code ; ~~f) 6°~~ Les cotisations versées aux à des régimes obligatoires, de base ou complémentaires, de sécurité sociale et les autres sommes facultatifs mentionnées au second alinéa du I de l'article 154 bis du même code pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause à compter du 13 février 1994 ; III. - Les revenus mentionnés au I comprennent en outre : 2° 1° Les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de

l'entreprise louée ou y exerce une activité ; 3° La part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du même code perçus par le travailleur indépendant non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus mentionnés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent 3° ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant ; 4° Pour les travailleurs indépendants non agricoles qui font application de la section 2 du chapitre VI du titre II du livre V du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent 4°. III.- Sont exclus de l'assiette prévue au I : 1° Le montant des plus-values professionnelles à long terme prévues à l'article 39 quinquies et au a du I de l'article 219 quinquies du code général des impôts ; 2° La majoration de 25 % prévue au 7 de l'article 158 du même code.	l'entreprise louée ou y exerce une activité ; 3° 2° La part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du même code perçus par le travailleur indépendant non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus mentionnés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent 3° ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant ; 3° Pour les travailleurs indépendants non agricoles qui font application de la section 2 du chapitre VI du titre II du livre V du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent 4°. IV.- Sont exclus ~~des revenus de l'assiette prévue~~ mentionnés au I : 1° Le montant des plus-values professionnelles à long terme prévues à l'article 39 quinquies et au a du I de l'article 219 quinquies du code général des impôts ; 2° La majoration de 25 % prévue au 7 de l'article 158 du même code. V. - 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, rapporté à cette même somme de taux de cotisations augmentée de un. En vue de l'établissement des comptes des travailleurs indépendants dont le bénéfice est déterminé en application des dispositions des articles 38 et 93 A du code général des impôts, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code communiquent à l'issue de la déclaration des revenus énumérés aux II et au III le montant de cotisations calculé selon les modalités fixées à l'alinéa précédent. Ces organismes mettent en place un téléservice permettant de procéder à tout moment à ce calcul.
Article L. 136-3 actuel	Article L. 136-3 modifié
La contribution due par les travailleurs indépendants non agricoles autres que ceux mentionnés à l'article L. 613-7 est assise sur les revenus déterminés par application des dispositions de l'article L. 131-6. Les cotisations personnelles de sécurité sociale mentionnées à l'article 154 bis du code général des impôts ainsi que les sommes mentionnées aux articles L. 3312-4, L. 3324-5 et L. 3332-27 du code du travail et versées au bénéfice du	La contribution due par les travailleurs indépendants non agricoles autres que ceux mentionnés à l'article L. 613-7 est assise sur les revenus déterminés par application des dispositions des II à IV de l'article L. 131-6. ~~Les cotisations personnelles de sécurité sociale mentionnées à l'article 154 bis du code général des impôts ainsi que~~ les sommes mentionnées aux articles L. 3312-4, L. 3324-5 et L. 3332-27 du code du travail et versées au bénéfice du travailleur

travailleur indépendant sont ajoutées à ces revenus pour le calcul de la contribution. La contribution est due dans les conditions définies aux articles L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 613-7, ainsi que par leurs dispositions réglementaires d'application dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.	indépendant sont ajoutées à ces revenus pour le calcul de la contribution. La contribution est due dans les conditions définies aux articles L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 613-7, ainsi que par leurs dispositions réglementaires d'application dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Article 17 - Modulation des sanctions

I. Présentation de la mesure

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

• Modulation de l'annulation des réductions et exonérations :

Dans sa rédaction initiale issue de la loi du 19 décembre 2005 de financement de la Sécurité sociale pour 2006, l'annulation était plafonnée à un montant fixé par décret. L'article D. 133-3 du CSS fixait ce montant à 45 000 €. Ce plafonnement a été supprimé par la LFSS du 21 décembre 2011 (article 126), afin que « *la sanction soit vraiment dissuasive* ».

Le cadre législatif en vigueur conditionne le bénéfice de toute mesure de réduction ou d'exonération, totale ou partielle, de cotisations ou contributions de sécurité sociale, à l'absence de travail dissimulé. A défaut, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation desdites réductions ou exonérations dont a bénéficié l'employeur ou le travailleur indépendant poursuivi pendant les 5 années précédentes. L'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale (CSS) prévoit uniquement une proratisation du montant de l'annulation circonscrite au cas où les rémunérations dissimulées au cours d'un mois sont inférieures à la rémunération mensuelle minimale. L'annulation est alors réduite en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale. Ce dispositif impose, notamment dans les hypothèses de fixation forfaitaire du redressement pour travail dissimulé en l'absence d'éléments de rémunération de référence, la mensualisation d'un calcul opéré sur une période annuelle. En dehors de ce cas, l'annulation opérée en application de l'article L. 133-4-2 du CSS porte sur la totalité des réductions et exonérations de cotisations et contributions sociales dont a bénéficié l'employeur.

Ainsi, dès lors que les rémunérations dissimulées au cours du mois sont égales ou supérieures à la valeur du SMIC, l'article L. 133-4-2 du CSS prévoit une annulation totale des exonérations pratiquées par l'employeur ou le travailleur indépendant, quelle que soit la gravité de l'infraction ou la situation de la personne contrôlée. Ceci est logique en cas de dissimulation globale d'activité, surtout lorsqu'elle est d'ampleur, mais pas en cas de dissimulation partielle d'activité (non déclaration de quelques heures supplémentaires par exemple).

Ces dispositions peuvent conduire, dans certaines situations où est constatée une infraction de travail dissimulé, à la reprise de montants considérables (voir exemples ci-dessous) et, dans certains cas limités, à opérer une régularisation sans commune mesure avec la gravité de l'infraction de l'employeur. Cette solution traduit une disproportion manifeste avec la gravité de l'infraction ou son montant, et conduit en outre, *in fine*, à obérer les possibilités de recouvrement des montants redressés par les organismes. La mesure proposée instaure une modulation du montant de l'annulation en fonction de la situation de l'employeur et de la gravité de l'infraction commise.

Il peut en aller ainsi dans des situations de dissimulation non pas totale mais limitée d'activité salariée, notamment dans des cas de minoration d'heures supplémentaires, qui peuvent représenter des volumes limités au regard du volume d'activité déclaré par l'employeur. Elles peuvent concerner un petit nombre d'heures, de salariés ou un seul établissement mais conduire à des annulations portant sur l'ensemble des salariés, tous établissements de l'employeur confondus, même si cette dernière a plusieurs centaines d'établissements ou plusieurs milliers de salariés. Dans de telles situations, et s'il n'est pas contesté le caractère intentionnel et la qualification de travail dissimulé de l'infraction, les montants repris au titre de l'annulation des exonérations peuvent se révéler totalement disproportionnés.

La mesure proposée en matière de travail dissimulé vise ainsi à instaurer une possibilité de modulation du montant de l'annulation en fonction de la situation de l'employeur et de la gravité de l'infraction commise sur ce motif.

Cette proposition s'inscrit, dans un registre certes distinct puisque reposant sur des situations qui relèvent de la qualification de travail dissimulé, dans la poursuite de la logique établie par le législateur dans la loi de financement pour 2016 au titre de la protection sociale complémentaire et de la négociation annuelle obligatoire. En effet, dans le premier cas, lorsque le manquement ne révèle pas de situation de méconnaissance d'une particulière gravité, un calcul plus favorable est appliqué, et dans le second cas, le montant de la pénalité est désormais fixé par la DIRECCTE et emporte une possibilité de modulation dans l'annulation du bénéfice des allègements généraux.

• Réduction des majorations de redressement en cas de paiement immédiat des sommes dues suite à contrôle de travail dissimulé :

La lutte contre le travail dissimulé a pour finalité de :

- sécuriser le financement du système de la protection sociale ;
- préserver les droits des salariés ;
- lutter contre la concurrence déloyale.

L'article L. 243-7-7 du CSS, introduit par la LFSS pour 2013, prévoit que le montant du redressement des cotisations et contributions sociales, mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle ou dans le cadre d'un redressement opéré en application de l'article L. 243-7-5 du Code précité (exploitation d'un procès-verbal rédigé par un partenaire habilité à lutter contre le travail illégal), est majoré de 25 % en cas de constat de travail dissimulé établi par procès-verbal adressé au procureur de la République.

L'article 91 de la LFSS pour 2015 a complété ce dispositif en prévoyant les aggravantes énumérées à l'article L. 8224-2 du code du travail. Ainsi, la majoration de redressement de 25%, prévue à l'article L. 243-7-7 du CSS, est portée à 40% si l'infraction de travail dissimulé est commise :

- avec emploi dissimulé d'un mineur soumis à l'obligation scolaire ;
- avec emploi dissimulé de plusieurs personnes ;
- avec emploi dissimulé d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur ;
- ou pour des faits commis en bande organisée.

Avec 541 M€ de redressements opérés au titre de la lutte contre le travail dissimulé en 2017 (soit une progression de 70% par rapport à 2014) et 1,9 Md€ en cumulé sur la période 2014-2017, la branche recouvrement enregistre des résultats financiers en forte hausse par rapport aux 4 années précédentes.

Des marges de progression majeures existent néanmoins en ce qui concerne l'efficacité du recouvrement des cotisations et contributions sociales éludées. Le taux de recouvrement des créances liées aux contrôles de la lutte contre le travail dissimulé (sur des rapports déposés en 2014) était ainsi de 10,7 % au 31 décembre 2016, pour le régime général. De nombreuses difficultés inhérentes à la population visée en matière de travail dissimulé viennent en effet obérer le recouvrement des créances.

Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer en partie ce résultat (activités éphémères, sociétés à durée limitée, radiées ou disparues après le contrôle ; situations de travail dissimulé adossées à des mécanismes de fraude transnationale, structures disposant d'une trésorerie insuffisante pour régler les sommes dues, ouverture d'une procédure collective à l'encontre de la société, suite à son dépôt de bilan au regard notamment des montants exigés ensuite à son assignation par l'organisme devant le tribunal de commerce, pour faire constater l'état de cessation des paiements, organisation par les contrôlés de leur insolvabilité des sociétés, afin d'échapper aux procédures de recouvrement des organismes).

De manière générale, la population ciblée par les contrôles de lutte contre le travail dissimulé est par nature peu encline à se soumettre aux obligations sociales, ce qui a nécessité de doter la branche d'outils réglementaires nouveaux, comme la possibilité de saisie conservatoire sans validation préalable du juge de l'exécution instaurée par la LFSS 2017. La présente mesure vise donc à proposer un levier supplémentaire destiné à modifier le comportement des cotisants et à améliorer le recouvrement des créances suite à contrôle de lutte contre le travail dissimulé.

Par ailleurs, elle vise à mieux adapter le cadre applicable en différenciant les pénalités encourues pour les fraudeurs récidivistes gérants de sociétés faisant l'objet d'une nouvelle verbalisation pour travail dissimulé et ceux ayant commis une première infraction et soucieux de solder leurs créances vis-à-vis de l'Urssaf.

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

a) Mesure proposée

- Proportionner l'annulation des réductions et exonérations à la gravité des faits :

Il est proposé de moduler le montant de la sanction financière prononcée à l'encontre de l'employeur, proportionnellement à la gravité du manquement. A titre d'exemple, en cas de minoration d'heures déclarées, le montant des réductions et exonérations de cotisations et contributions sociales annulées n'est pas corrélé avec le montant du redressement opéré. Cela peut ainsi conduire à remettre en question, la pérennité de l'employeur concernée et mettre en péril le recouvrement des sommes redressées. De même, dans un contexte d'imbrication croissant entre les statuts de travailleur indépendant et de salarié, la sanction mérite également d'être modulée en cas de requalification d'une prestation de services en contrat de travail, dès lors qu'il ne s'agit pas d'une pratique généralisée du donneur d'ordre cherchant à contourner les obligations de l'employeur. Les assurés sociaux connaissent ainsi au cours de leur parcours professionnel des périodes d'affiliation alternées, voire imbriquées, entre régime général et régime social des indépendants. Chaque année, environ 400 000 nouveaux travailleurs indépendants sont affiliés au RSI dont 80% viennent du régime général. Et chaque année, environ 400 000 travailleurs indépendants sont radiés et retournent au régime général. La disparition du RSI au profit d'un recouvrement des cotisations par les URSSAF légitime une approche cohérente du paiement des cotisations : même en cas de requalification, dans le cas où le prestataire est régulièrement affilié et paye, au titre de son activité non salariée, ses cotisations, la modulation des sanctions mérite d'être appliquée à la personne contrôlée puisque l'évitement des cotisations n'est pas l'effet recherché par le donneur d'ordre et son prestataire..

L'objectif de l'évolution proposée consiste à offrir une réponse graduée, demeurant dissuasive mais proportionnée, dans ce type de cas de dissimulation partielle d'activité salariée.

Cette modulation s'appliquerait à une situation bien délimitée de travail dissimulé, une partie importantes des situations d'infraction en demeurant exclue, notamment pour les cas où la majoration de redressement de 40% est appliquée (article L. 243-7-7 du CSS) ainsi que dans les situations mentionnées à article L. 8224-2 du code du travail (dispositif en bande organisée, faits à l'égard d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur, recours à des mineurs).

L'annulation serait réduite, et calculée en fonction du rapport entre le double du montant des rémunérations éludées objet du redressement et le montant total des rémunérations versées à l'ensemble du personnel sur la période faisant l'objet du redressement et qui ont été soumises à cotisations et contributions sociales. En cas de récidive, cette modulation ne serait pas applicable.

La dissimulation limitée d'assiette ou d'activités serait caractérisée dès lors que l'employeur aurait omis/omettrait de déclarer une partie des salaires (non déclaration d'heures supplémentaires, paiement d'une partie des salaires en espèces) ou par la non déclaration d'une partie des salariés. L'application de cette modulation ne remettrait pas en cause le caractère dissuasif et l'application de sanctions prenant en compte la gravité de cette infraction, avec l'application de la majoration de 25 % ou 40% et la transmission au juge du procès-verbal de travail dissimulé, susceptible de donner lieu à des suites judiciaires. Elle permettrait, par son caractère plus adapté à l'ampleur de la fraude et à la situation de l'employeur, de maximiser, sur de tels dossiers, les possibilités de recouvrement effectif des montants redressés.

Un décret en conseil d'Etat déterminera les conditions dans lesquelles la dissimulation d'activité pourra être considérée comme étant limitée. Il définira et fixera également le seuil maximum en deça duquel il peut être considéré que le volume de l'activité dissimulée est limitée, la loi prévoyant que ce seuil ne peut être inférieur à 10% de l'activité. Il appartiendra à ce décret de définir l'appréciation de l'activité, en heures de travail, masse salariale, ou nombre de salariés.

A titre d'exemple, sous l'égide de la législation actuelle, un employeur qui verse 400 000 € de rémunérations à ses 20 salariés lorsqu'elle est convaincue, sur un exercice comptable, d'avoir omis de soumettre à cotisations 2 heures par mois effectuées par ses salariés et de leur avoir versé à ce titre 5 500 € se voit notifier un redressement de 1 540 € et des majorations pour travail dissimulé de 400 € mais doit aussi rembourser 25 675 € d'exonérations de cotisations pour la seule année en cours.

Du fait des modifications proposées, le même employeur supportera un redressement de 1 540 €, des majorations pour travail dissimulé de 400 € et une annulation partielle des exonérations de 700 € (soit 35% des sommes rattachables au travail dissimulé en lui-même).

De même si la structure emploie 600 salariés pour une rémunération de 15,1 M€ et bénéficie d'une réduction de cotisations d'un montant de 1,02 M€, dans le même cas de figure d'un versement de 5 500 € au titre d'heures non déclarées, l'entreprise se voit notifier un redressement de 1 430 €, des majorations pour travail dissimulé de 360 € et les 1,02 M€ d'exonérations sont supprimées, soit 700 fois plus que les deux premiers montants.

Avec les dispositions présentées l'employeur se voit notifier un redressement de : 1 430 €, des majorations pour travail dissimulé de 360 € mais la remise en cause ne sera que de 670 €.

• **Rendre plus incitatives les majorations applicables en cas de constat de travail dissimulé :**

Par ailleurs, afin de renforcer le recouvrement des montants notifiés dans le cadre de la lutte contre la fraude, le second volet de la mesure proposée a pour objectif d'inciter la personne contrôlée dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé à s'acquitter volontairement du montant du redressement. En contrepartie, elle pourra bénéficier, sous conditions, d'une réduction de la majoration de redressement prononcée. Cette proposition est complémentaire au décret du 9 mars 2018 qui introduit la modulation à la baisse des intérêts de retard dus par les cotisants (de 0,2 à 0,1%) lorsqu'ils s'acquittent sans délai des montants redressés.

C'est la raison pour laquelle il est proposé de moduler le niveau et le montant des sanctions financières. Il s'agit d'inciter la personne contrôlée au paiement du montant du redressement notifié en contrepartie d'une remise partielle de la majoration de redressement prononcée (de 15 ou 30 % au lieu de 25 ou 40 % des sommes éludées suivant la gravité). Cette mesure vise à faciliter le recouvrement des redressements et majorations en cas de LCTI.

Pour bénéficier de la réduction de la majoration prononcée, le cotisant devra payer les montants dus ou présenter un plan d'échelonnement de paiement accepté par l'organisme.

En parallèle des propositions de modulation des sanctions financières, un fraudeur récidiviste se verrait appliquer une majoration portant la sanction à 45 et 60% des sommes éludées au lieu de 25 ou 40%.

1. *Une incitation à acquitter rapidement le montant du redressement lors du constat de l'infraction de travail dissimulé serait créée*

Afin d'inciter ces personnes contrôlées à payer les redressements consécutifs au constat de l'infraction de travail dissimulé (par dissimulation d'activité et/ou d'emploi salarié), il est proposé de permettre au fraudeur de bénéficier d'une réduction des majorations applicables si et seulement si :

- il n'a pas été sanctionné précédemment pour le même type de faits ;

- il s'est acquitté du paiement spontané de la dette en principal ou il a présenté un plan d'apurement de la dette approuvé par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations.

Cette possibilité sera portée à la connaissance du cotisant sur la lettre d'observations. L'organisme de recouvrement appliquera automatiquement la réduction de majoration si le cotisant satisfait les conditions législatives pour bénéficier de la mesure.

A réception du paiement intégral de la dette principale, l'organisme réduira de 10 points le montant des majorations de redressement initiales par décision du directeur ou de son délégataire. Les taux applicables seront de :

- 15 % lorsque le redressement a été majoré de 25% initialement ;
- 30 % lorsque le redressement a été majoré de 40% initialement.

En outre, la mesure ne pourra être mise en œuvre que si :

- le compte de la personne contrôlée au sein de l'organisme est à jour : absence de taxation d'office, absence d'autre dette ne faisant pas l'objet d'un plan ou accord de règlement sur le compte (y compris pendant la durée de l'échéancier accordé) dont notamment des parts salariales, sauf à ce que ces périodes fassent l'objet de recours devant les juridictions ;
- le dirigeant de la société ou le travailleur indépendant n'ont pas fait l'objet d'une mesure (définitive) d'interdiction d'exercer ou de gérer.

Ce paiement spontané ou ce délai accordé ne vaut pas reconnaissance de la dette. En conséquence, la personne contrôlée pourra bien entendu contester le redressement devant les juridictions.

Le non-respect du plan remettra en cause cette réduction partielle.

Les pénalités et majorations de retard, ainsi que toute autre sanction pécuniaire, non rémissibles, sont recouvrées par les organismes en charge du recouvrement des cotisations ou contributions de sécurité sociale, selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement de ces cotisations ou contributions.

2. En contrepartie, renforcer les majorations en cas de réitération d'une infraction de travail dissimulé

Il est proposé d'introduire des majorations en cas de réitération d'une infraction de travail dissimulé, laquelle est définie par la mesure proposée comme une nouvelle constatation pour travail dissimulé dans les 5 ans à compter de la notification d'une première constatation pour travail dissimulé auprès de la même personne morale ou physique. La qualification de cette situation relève de la compétence de l'inspecteur du recouvrement et l'application de la sanction majorée sera notifiée dans le cadre de la procédure de contrôle.

Ainsi, la majoration sera portée à :

- 45 % lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la 1^{ère} infraction était de 25 % ;
- 60 % lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la 1^{ère} infraction était de 40 %.

Il y aura réitération si, dans les 5 ans à compter de la notification de la 1^{ère} constatation pour travail dissimulé, une nouvelle constatation pour travail dissimulé a lieu auprès de la même personne physique ou morale.

Il convient d'évoquer les deux situations de réitération éventuelles suivantes :

- la réitération par la personne contrôlée (employeur ou travailleur indépendant) : les deux lettres d'observations (respectivement des 1^{er} et 2^e contrôles inopinés) constatant l'existence de travail dissimulé concernent la même entité juridique (peu importe pour le cas d'un employeur si le dirigeant de la société a changé entre temps) ;
- la réitération d'un même dirigeant dans le cadre de la gestion de deux sociétés différentes : les deux lettres d'observations (respectivement des 1^{er} et 2^e contrôles inopinés) ayant été notifiées à deux entités juridiques distinctes mais dirigées par la même personne.

La notion de constatation de travail dissimulé auprès de la même personne morale ou physique, mentionnée au III de l'article L. 243-7-7 dans sa version pourra, dans ce cadre, être mobilisée.

L'utilisation des données individuelles de la DSN permettra d'assurer, dans la plupart des cas, un suivi non seulement de la réitération de la personne morale contrôlée, mais aussi d'un même dirigeant au sein de personnes morales différentes lorsqu'il est rémunéré. Autre proposition : mais aussi d'un même dirigeant rémunéré, simultanément ou successivement, par des personnes morales différentes.

• Harmoniser le périmètre des textes relatifs aux cotisations et contributions entrant dans le champ des allègements généraux et de leur remise en cause en cas de travail dissimulé :

L'article 9 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a élargi le champ des cotisations et contributions entrant dans le périmètre des exonérations en précisant la liste des cotisations et contributions éligibles au sein de

l'article L. 241-13 du CSS. Le périmètre des cotisations et contributions pouvant être remises en cause, tel que défini par l'article L. 133-4-2 du code précité, n'ayant pas été modifié, en cas de constat de travail dissimulé à partir du 1^{er} janvier 2019, les auteurs de l'infraction pourraient continuer à bénéficier des exonérations sur une partie des cotisations et contributions exonérées (CSA, FNAL, assurance chômage et cotisations AGIRC-ARRCO) tout en se voyant notifier une remise en cause des cotisations et contributions de sécurité sociale. Cette distorsion n'a pas de sens dans le cadre de la lutte contre la fraude. Elle obligerait aussi à de complexes calculs d'annulation pour la remise en cause partielle du bénéfice de l'exonération. Il convient donc de prévenir la survenue de cette situation. Par souci de cohérence et d'efficacité en matière de lutte contre la fraude, il est proposé d'étendre la remise en cause des exonérations, dans le cadre de redressements opérés après constat de travail dissimulé, aux cotisations dues hors champ de la Sécurité sociale *stricto sensu*, dont la contribution solidarité autonomie (CSA), la contribution au fonds national pour l'aide au logement (FNAL), les contributions d'assurance chômage et les cotisations à l'AGIRC-ARRCO. Cette extension serait applicable aux exonérations applicables au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

b) Autres options possibles

La possibilité de modulation de la sanction aurait pu être déterminée par la fixation d'un seuil maximum en considération du rapport entre le montant des rémunérations éludées et le montant des rémunérations versées à l'ensemble du personnel de l'employeur sur la période concernée qui ont été soumises à cotisations de sécurité sociale. Si le rapport obtenu se révèle inférieur au seuil, la modulation serait alors permise et diminuée de manière égale peu importe le résultat obtenu à 50%.

Par exemple, si le rapport est inférieur ou égal à 0,33, l'annulation serait réduite de moitié.

Si le rapport est supérieur à 0,33, il ne serait procédé à aucune réduction de l'annulation.

Cette proposition si elle facilite l'approche aux organismes de contrôle par l'automatisme qu'elle implique, n'apporte pas une modération suffisante et laisse la notion de disproportion en l'état.

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

• Modulation de l'annulation des réductions et exonérations :

La mesure proposée fait évoluer les dispositions de réduction et exonération de cotisations et contributions sociales en modifiant l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale concernant l'annulation du bénéfice de ces mesures par l'auteur d'une infraction de travail dissimulée.

Cette mesure relève à ce titre des dispositions du 3^e du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

• Réduction des majorations de redressement en cas de LCTI :

Il s'agit de permettre aux organismes de recouvrement de proposer une réduction partielle des sommes chiffrées (ayant la nature de majorations de redressement) dans le cadre du constat d'une infraction de travail dissimulé afin d'améliorer le recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale permettant de financer le système de protection sociale. Ces dispositions relèvent à ce titre du champ des LFSS en vertu du 3^e du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

A compléter

b) Abrogation de dispositions obsolètes

A compléter

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

- Sur le volet modulation de l'annulation des réductions et exonérations :

En 2015, 2 315 annulations ont été opérées représentant un montant de 27,8 M€. Il s'agit toutefois des montants notifiés et non des montants recouvrés.

En 2017, les Urssaf ont procédé à l'annulation d'exonérations de cotisations dans 1 900 situations de travail dissimulé pour un montant global de sanction de 27,4 M€.

Cette évolution atteste d'actions de contrôle orientées sur des employeurs et/ou individus connus des fichiers de la branche, en situation d'absence partielle de déclaration de salarié/d'activité et de facto bénéficiant d'allègement de charges sociales.

- Sur le volet incitation au paiement des redressements :

Au terme de l'exercice 2015, les majorations complémentaires de redressement de 25% (au nombre de 3 935) s'élevaient à 71,7 M€. Il est à noter que cette sanction financière était mise en œuvre pour la première année sur l'intégralité de l'exercice civil. Ces sanctions financières totalisaient plus de 16% des montants redressés au titre de la lutte contre le travail dissimulé.

En 2017, ont été comptabilisés au titre des majorations complémentaires de redressement de 25% et 40% (au nombre de 4 184) 116,3 M€. Ces montants conséquents, il convient de le souligner, représentent 19 % des montants de redressements de lutte contre le travail dissimulé globaux.

Il est estimé que la mesure pourrait avoir pour effet d'améliorer le recouvrement des créances LCTI, par rapport à des niveaux actuels d'environ 10 %, et revêtira à ce titre un effet positif pour les finances sociales.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
		15	20	25	30

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

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

a) impacts économiques

L'annulation des mesures de réduction ou exonération de cotisations sociales en cas de constat d'infraction de travail dissimulé est une mesure dissuasive importante pour lutter contre la fraude.

Néanmoins, son application en l'état conduit parfois à remettre en cause la pérennité de l'employeur et à instaurer une disproportion entre ampleur et gravité de l'infraction, et la sanction appliquée. La mesure proposée vise à favoriser la compréhension et l'acceptation de la sanction, en instaurant une proportionnalité. Elle est donc favorable à l'encaissement des sommes recouvrées (solvabilité du débiteur) et au maintien de l'emploi (cotisations sur rémunérations), participant ainsi au financement de la sécurité sociale.

b) impacts sociaux

L'application effective de la sanction permet de lutter efficacement contre la fraude et le travail dissimulé, empêchant la concurrence déloyale entre les employeurs et le maintien d'emplois pérennes. La rationalisation des sanctions s'inscrit dans la logique de l'adaptation de la sanction au cas sanctionné.

• Impact sur les jeunes

Sans objet

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet

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

Sans objet

d) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

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

La limitation du montant de l'annulation est de droit dès lors que le critère d'éligibilité est réuni. Comme il est d'usage, la personne contrôlée est informée du montant de l'annulation par lettre d'observations et dispose de voies de recours afférentes.

En termes de charge administrative pour l'organisme, cette évolution est neutre, l'information du cotisant s'inscrivant dans les étapes de la procédure de contrôle (lettre d'observations...), seule une proratisation étant à opérer.

Les droits des personnes contrôlées ne seront pas modifiés.

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

La première composante de la mesure (modulation des annulations d'exonérations) n'emporte de conséquence majeure pour les SI. En revanche, les effets de la seconde composante de la mesure (réduction des majorations sous conditions) restent à apprécier, en en tenant compte des différents cas de figure, tant sur les systèmes d'information que sur l'activité de recouvrement.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

La modification de l'article L. 133-4-2 du CSS doit s'accompagner d'un décret d'application précisant le mode de calcul du montant de l'annulation : un pourcentage fonction du montant des cotisations éludées. Le décret précisera, par ailleurs, les conditions dans lesquelles la dissimulation peut, être considérée comme partielle pour l'application de la modulation de la sanction prévue par l'article précité.

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

La mesure est applicable aux contrôles et aux redressements pour lesquels un procès-verbal de travail dissimulé a été dressé à compter du 1^{er} janvier 2019. Les mesures permettant une modulation des sanctions sont, quant à elle, non seulement applicables aux contrôles en cours mais également à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions sociales n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère définitif.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information sera mise à disposition sur le site Urssaf.fr

d) Suivi de la mise en œuvre

L'annulation des réductions ou exonération des cotisations et contributions sociales dans le cadre du constat d'une infraction de travail dissimulé est un motif de redressement spécifique, qui permet déjà un suivi national. Les données sont disponibles via le système d'information décisionnel de la branche recouvrement.

Celui-ci permet un suivi mensuel national et par organisme de la mise en œuvre de ce dispositif d'annulation.

En outre, les résultats sont publiés dans le rapport annuel d'activité du contrôle et lutte contre le travail dissimulé de la branche recouvrement et dans les divers bilans annuels des instances publiques (ex : bilan relatif aux sanctions administratives et financières de la DNLF, indicateurs DNLF, etc.).

Les données disponibles mensuellement et annuellement, pour la branche et par organismes de recouvrement sont :

- le nombre de chefs de redressement portant annulations d'exonération de charges sociales ;
- le montant des annulations de réduction de charges sociales.

Le suivi de l'incitation au paiement ainsi que la majoration relevée en cas de récidive, le suivi se fera dans le cadre de la publication des bilans Acof annuels sur le contrôle et la lutte contre la fraude.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article 133-4-2 actuel	Article 133-4-2 modifié
Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant, est supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. Lorsque l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du même code est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-7 à L. 8271-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au premier alinéa du présent article et pratiquées au cours d'un mois civil, lorsque les rémunérations versées ou dues à un ou des salariés dissimulés au cours de ce mois sont au moins égales à la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 du même code. Lorsque les rémunérations dissimulées au cours du mois sont inférieures à la rémunération mensuelle minimale mentionnée au deuxième alinéa, l'annulation est réduite à due proportion en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale. Les deuxième et troisième alinéas du présent article sont applicables en cas de constat, dans les conditions prévues aux articles L. 8271-1 à L. 8271-6-3 du code du travail, des infractions mentionnées aux 2° à 4° de l'article L. 8211-1 du même code.	~~Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant, est supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.~~ ~~Lorsque l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du même code est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-7 à L. 8271-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au premier alinéa du présent article et pratiquées au cours d'un mois civil, lorsque les rémunérations versées ou dues à un ou des salariés dissimulés au cours de ce mois sont au moins égales à la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 du même code.~~ ~~Lorsque les rémunérations dissimulées au cours du mois sont inférieures à la rémunération mensuelle minimale mentionnée au deuxième alinéa, l'annulation est réduite à due proportion en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale.~~ ~~Les deuxième et troisième alinéas du présent article sont applicables en cas de constat, dans les conditions prévues aux articles L. 8271-1 à L. 8271-6-3 du code du travail, des infractions mentionnées aux 2° à 4° de l'article L. 8211-1 du même code.~~ I. Le bénéfice de toute mesure de réduction ou d'exonération, totale ou partielle, de cotisations, de base ou complémentaires, de sécurité sociale ou de contributions sociales est supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. « II. Lorsque l'infraction est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-1 à L. 8271-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions et exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au I. « III. - Par dérogation au I et au II et sauf dans les cas mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 243-7-7, lorsque la dissimulation d'activité résulte

	uniquement de l'application des dispositions prévues au II de l'article L. 8221-6 du code du travail ou qu'elle représente une proportion limitée de l'activité, l'annulation des réductions et exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions est partielle. « Dans ce cas, la proportion des exonérations annulées correspond au rapport entre le double des rémunérations éludées et le montant des rémunérations, soumises à cotisations de sécurité sociale, versées à l'ensemble du personnel de l'employeur, sur la période concernée, dans la limite de 100%. « IV.- Un décret en conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles la dissimulation peut, au regard des obligations mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, être considérée comme limitée pour l'application du III, sans que la proportion de l'activité puisse excéder 10%.
Article L. 243-7-7 actuel	Article L. 243-7-7 modifié
Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 ou dans le cadre de l'article L. 243-7-5 du présent code est majoré de 25 % en cas de constat de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail. La majoration est portée à 40 % dans les cas mentionnés à l'article L. 8224-2 du code du travail. Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	I.- Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 ou dans le cadre de l'article L. 243-7-5 du présent code est majoré de 25 % en cas de constat de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail. La majoration est portée à 40 % dans les cas mentionnés à l'article L. 8224-2 du code du travail. Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. II. – Sauf dans les cas mentionnés au III, la personne contrôlée peut bénéficier d'une réduction des majorations de redressement si, dans le délai de 30 jours à compter de la notification de la mise en demeure elle procède au règlement intégral des cotisations, pénalités et majorations de retard notifiées, ou elle a présenté un plan d'échelonnement du paiement au directeur de l'organisme et que ce dernier l'a accepté. « Cette réduction est notifiée par une décision du directeur de l'organisme une fois le paiement intégral constaté. Dans ce cas, le taux de majoration applicable est réduit de 10 points . « III.- En cas de nouvelle constatation pour travail dissimulé dans les 5 ans à compter de la notification d'une première constatation pour travail dissimulé auprès de la même personne morale ou physique, la majoration est portée à : « - 45 % lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 25 % ; « - 60 % lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 40 % . ».

Article 18 - Efficience de la gestion financière des organismes de sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

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

a) La montée en compétence de l'ACOSS sur la gestion de trésorerie permet d'accroître la prise en charge des besoins des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, auparavant exceptionnelle.

Dans le cadre de leur gestion, les régimes obligatoires de base de sécurité sociale peuvent être amenés à avoir un besoin de financement, couvert par un recours à des ressources non permanentes (c'est-à-dire des avances ou emprunts inférieurs à un an). Les régimes qui y sont autorisés sont déterminés annuellement par la LFSS, sous condition de plafond, en application des dispositions organiques¹.

Le recours à ces ressources peut être frictionnel, en raison de décalages calendaires entre la réception des encaissements (cotisations et contributions, recettes affectées, droits indirects) et les décaissements (pour l'essentiel : versements des prestations aux usagers). Il en résulte un besoin de trésorerie qui est constaté de façon instantané : c'est la capacité à assurer quotidiennement la couverture de ses engagements financiers.

La loi prévoit que les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base de sécurité sociale peuvent être couverts par des emprunts bancaires ou, à titre exceptionnel, par des avances de l'ACOSS, toujours dans la limite des plafonds fixés par la LFSS de l'année.

Les programmes d'émissions de titres financiers développés par l'ACOSS sur la dernière décennie ont permis de réduire significativement les charges financières du régime général, et de profiter notamment des taux d'intérêts négatifs auxquels se finance l'ACOSS dans un contexte particulier depuis fin 2015. L'écart observé dès lors entre les taux proposés par les banques afin de financer la trésorerie et les taux de financement de l'ACOSS est considérable (environ 80 points de base en moyenne).

L'expertise acquise par l'ACOSS pour financer le régime général bénéficie depuis à un nombre croissant d'acteurs de la sécurité sociale. Depuis 2015, l'agence centrale gère ainsi la trésorerie des régimes de base de l'ex-RSI, avec l'ouverture d'un compte courant, dit de « suivi financier », qui simplifie et sécurise les flux financiers entre les deux organismes. L'ACOSS a également financé à près de 100 % les besoins de trésorerie des régimes de base gérés par 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 la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM). Ce service financier leur a permis de ne pas recourir à des emprunts bancaires, aux coûts bien supérieurs.

b) L'extension du périmètre d'intervention de l'ACOSS en tant que recouvreur pour le compte d'organismes tiers oblige à tenir compte des impacts possibles de cette mission sur le champ de la gestion de trésorerie

Les URSSAF recourent des cotisations et contributions pour le compte d'organismes tiers, qui ne sont pas considérés comme des organismes de sécurité sociale. Bien souvent, il s'agit de contributions assises sur la masse salariale ou sur les revenus des personnes physiques ou morales assujetties. Ce mouvement découle d'une logique de mutualisation et de renforcement de l'efficience de la gestion des prérogatives de puissance publique qu'il convient de poursuivre.

En 2017, un volume de 45,1 Md€ a ainsi été recouvré au profit de ces organismes, dont près de 35 Md€ pour le compte de l'Unédic (contributions d'assurance chômage et cotisations au régime de garantie des salaires - AGS).

¹ e du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Organismes	2017	2016	Evolution
Unédic /AGS	34 701	33 883	2,4%
AOM (VT)	8 423	7 915	6,4%
IRCEM	1 343	1 346	-0,2%
<i>cotisations retraite complémentaire</i>	889	892	-0,3%
<i>cotisations AGPF</i>	229	229,4	-0,4%
<i>cotisations prévoyance</i>	225	225	0,3%
<i>produits exceptionnels</i>	0	0	40,2%
AGIRC-ARRCO	224	185	21,6%
Fonds de formation	218	215	1,7%
<i>Contributions FAF ETI</i>	0	0	0,0%
<i>Contributions FAF EPM</i>	39	39	0,0%
<i>Contributions divers autres fonds (AGEFICE, AGEFOS, FIF PL, FAF CEA, FAF PM, CMR)</i>	179	176	2,1%
URPS	41	40	2,9%
CTIP	39	25	54,1%
CNSBTP	19	14	33,1%
AGFPN	90	89	1,1%
FAS	0	0	-51,3%
Autres	1	0	25,0%
Total	45 099	43 711	3%

ACOSS - Recouvrement pour le compte d'organismes tiers

Données 2017 - Comptes combinés branche recouvrement

(En millions d'euros)

Pour l'essentiel, cette fonction est neutre pour la trésorerie de la sécurité sociale, notamment pour les cotisations d'assurance chômage reversées le jour même de leur encaissement (à J). Toutefois, il est toujours nécessaire de tenir compte de cette mission pour la réalisation des opérations de trésorerie pour la sécurité sociale. En outre, les missions de recouvrement pour le compte de tiers ne peuvent jamais être réalisées de manière totalement neutre en trésorerie, même en cas de reversement à J. Les perspectives d'extension du champ du recouvrement de la branche amènent à considérer que l'offre de services à destination de ces organismes pourrait être améliorée grâce à une solution de couverture des besoins de trésorerie directement liés au transfert de cette activité de recouvrement, sans préjudice de la bonne gestion de la trésorerie du régime général.

c) Il est nécessaire de moderniser la fonction comptable et financière des organismes de sécurité sociale

La qualité et la fiabilité de l'information financière sont des conditions essentielles pour assurer le respect de la trajectoire d'ensemble de redressement des comptes publics - à laquelle la sécurité sociale contribue par le biais de la réduction de son déficit - tout en assurant la qualité de la prise en charge des assurés sociaux. Celle-ci nécessite une attention soutenue dans l'établissement, le suivi et l'analyse de la comptabilité.

Dans ce cadre, les missions exercées par les agents comptables de la sphère sociale se sont élargies ces dernières années. L'agent comptable ne s'occupe plus uniquement des opérations financières et comptables de l'organisme, il exerce désormais souvent des responsabilités en lien avec les études et statistiques, le contrôle de gestion, la lutte contre la fraude, le contrôle interne ou encore le recouvrement amiable et contentieux, autant d'aspects permettant de renforcer la bonne gestion des deniers publics.

Comme ceci a été préconisé dans le rapport établi par un groupe de travail - présidé par le directeur de l'EN3S et composé de 21 membres (agents comptables nationaux et locaux, Cour des comptes, UCANSS, directeurs d'organismes locaux notamment) - chargé de mener une réflexion sur les évolutions de la fonction d'agent comptable, la fonction comptable et financière des organismes de sécurité sociale pourrait, notamment dans son articulation avec celle de l'ordonnateur, être utilement modernisée au bénéfice d'un meilleur pilotage des finances publiques ainsi que des enjeux de sécurisation et de qualité de la gestion des processus permettant d'assurer, là où cela n'est pas déjà le cas, un paiement à bon droit des prestations.

En dépit des évolutions susmentionnées, il apparaît que des difficultés de recrutement ont pu être constatées ces dernières années (4,8 candidatures en premier appel pour les postes d'agent comptable étaient dénombrees en moyenne sur les années 2013 à 2015 et près d'un quart des vacances de postes d'agent comptable ont dû faire l'objet d'au moins un deuxième appel entre 2013 et 2015).

Ce constat d'une relative désaffection pour le poste d'agent comptable est à relier à l'image éloignée de la réalité que peuvent avoir de la fonction certains des postulants naturels : fonction essentiellement technique centrée sur la comptabilité et les chiffres, mise à l'écart des enjeux stratégiques des organismes, posture en perpétuelle négociation voire opposition.

Une conception trop étroite de la séparation entre ordonnateur et agent comptable peut conduire les acteurs à se focaliser sur les objectifs propres à leurs fonctions, au détriment d'une vision globale des enjeux prioritaires des organismes de sécurité sociale. La relation partenariale entre ordonnateurs et comptables pourrait évoluer en passant d'une séparation des fonctions à une séparation des tâches dans les processus avec en corollaire une plus grande responsabilisation de l'ensemble des acteurs aux sujets financiers et de maîtrise des risques.

Dans les organismes de sécurité sociale, cette juxtaposition est particulièrement prégnante dans deux domaines.

Le premier concerne l'analyse financière : l'expertise des chiffres est tributaire de la juxtaposition des compétences, réparties entre les départements en charge de la comptabilité qui relève de l'agent comptable et ceux en charge des statistiques et prévisions ainsi que du contrôle budgétaire et du contrôle de gestion, qui relèvent du directeur. Si des interactions existent entre ces services, leur collaboration pourrait largement être améliorée au service d'une meilleure analyse de l'activité traduite dans les comptes.

Le second concerne le contrôle interne, qui demeure, à des degrés variables en fonction des branches, insuffisamment considéré pour ce qu'il peut apporter aux gestionnaires en termes de diagnostic et de levier d'amélioration des procédures et des modes de gestion. Il paraît par conséquent nécessaire de faire émerger une approche globale et compétente du risque, fondée sur une coresponsabilité renouvelée, et précisée quant à ses modalités d'exercice, entre ordonnateur et agent comptable de façon à replacer les enjeux de bonne gestion de l'argent public au même niveau que les enjeux de production.

L'importance d'avoir accès aux meilleurs candidats pour remplir les missions exigeantes qui découlent de la fonction, et compte tenu par ailleurs des objectifs ambitieux portés par le volet d'action publique 2022 concernant la modernisation de la gestion comptable et budgétaire, l'intervention du législateur est nécessaire afin de moderniser la fonction comptable et financière des organismes de sécurité sociale.

d) Simplifier l'élargissement du champ du recouvrement par l'ACOSS

La poursuite du mouvement rationalisation du recouvrement est soutenu par différents travaux, notamment le rapport de la Cour des Comptes juillet 2016 « simplifier la collecte des prélèvements versés par les entreprises » et le rapport du HCFiPS de juillet 2017 sur « les relations des entreprises avec les organismes de protection sociale ». Les pouvoirs publics ont identifié ce levier dans le cadre du plan Action publique 2022, la concentration des activités de recouvrement constituant à la fois un moyen de simplification et de modernisation pour les entreprises et un outil au service de l'efficience de gestion.

Cette rationalisation repose sur la concentration de l'activité dans les URSSAF qui, en collectant un large ensemble de contributions, offrent à la fois cette unité d'interlocution aux cotisants et un coût marginal qu'aucun autre opérateur ne peut offrir. Plusieurs mesures en ce sens se sont révélées concluantes. A titre d'exemple, peuvent être mentionnés, le transfert aux URSSAF ou aux caisses de MSA du recouvrement de la plupart des prélèvements portant sur les salaires (cotisations chômage, le versement transport). Ces expériences permettent d'engager de nouvelles réflexions sur d'autres rationalisations à venir. Il est à noter que le projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel prévoit par ailleurs le recouvrement par les URSSAF et les caisses de MSA de la contribution formation professionnelle, de la taxe d'apprentissage et de la contribution liée à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. D'autres perspectives méritent d'être envisagées afin de concentrer à terme le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions sociales.

Enfin, en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales dues aux différents régimes et organismes, la possibilité de désigner un organisme qui exercera cette compétence pour le compte d'un autre n'est pas organisée de manière uniforme. Selon les cas, cette capacité relève du niveau législatif ou réglementaire. Ainsi par exemple le recouvrement des cotisations dues à l'ENIM ne peut être délégué à un autre organisme que par la loi, alors que celui des cotisations de la CAMIEG peut l'être par décret en Conseil d'Etat. Cette diversité de conditions n'est pas justifiée et fait obstacle à la rationalisation du recouvrement des cotisations, qui nécessite de concentrer l'activité sur quelques acteurs bénéficiant de la taille critique.

e) Autres mesures d'efficience de gestion comptable et financières

La LFSS pour 2018 a prévu un transfert des éléments comptables bilanciaux (créances et dettes) des deux régimes complémentaires vieillesse et invalidité-décès des travailleurs indépendants vers le Conseil de la Protection Sociale des Travailleurs Indépendants (CPSTI) à la date du 1^{er} janvier 2020. Or le CPSTI sera créé au 1^{er} janvier 2019 et dès cette date sera responsable du pilotage de ces régimes. Il convient donc qu'ils soient détenteur des actifs et passifs de ces régimes dès cette date sans passer par le truchement indirect de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants qui exerce pour le compte du CPSTI.

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

a) Mesure proposée

- **Étendre de manière optionnelle à l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale et à la CNSA le champ de gestion de trésorerie de l'ACOSS**

La dernière décennie a consacré l'ACOSS comme prêteur de référence au sein de la sphère sociale. Les modalités de financement des besoins de court terme de différents régimes et fonds de la sphère sociale pourraient être aménagées pour qu'elles soient gérées par l'ACOSS. Compte tenu des compétences qu'elle a développées, la négociation bancaire et le financement des besoins de trésorerie sociale seront ainsi optimisés. De même, les placements des excédents ponctuels de trésorerie seront parfaitement sécurisés.

Aussi, il est proposé de compléter cette offre de services aux régimes obligatoires de sécurité sociale afin d'autoriser, dans des conditions à expertiser avec les caisses concernées et la direction du budget, la prise en charge des besoins de trésorerie de la CPRP SNCF (besoin moyen de 100 M€, dont un point bas d'environ 500 M€ en janvier 2019, avant encaissement de la dotation d'équilibre versée par l'État qui intervient jusqu'à présent à une date trop tard pour compenser le profil des dépenses) et de la CNRACL (besoin moyen prévisionnel moyen de 260 M€ en 2019, dont un point bas d'environ -700 M€).

La mesure permettrait également à Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'opter pour un financement de ses besoins de trésorerie par l'ACOSS en lieu et place d'une offre bancaire (besoin moyen prévisionnel de 100 M€ sur le second semestre 2019). Il convient pour ce faire d'autoriser explicitement la CNSA à emprunter pour couvrir les besoins des sections I à III (correspondant au financement des établissements médico-sociaux, au service de l'APA et de la PCH).

- **Permettre, sous conditions, à l'ACOSS d'accorder des avances de trésorerie au profit d'organismes tiers pour lesquels elle effectue déjà une mission de recouvrement**

Au-delà des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, il s'agit de prévoir la possibilité pour l'ACOSS d'accorder des avances de trésorerie au profit d'organismes pour lesquels elle recouvre des cotisations ou contributions sociales lorsque ces avances visent à couvrir des besoins ponctuels liés à la mise en place ou à l'évolution des conditions de ce recouvrement délégué ou à tenir compte de l'impact sur la trésorerie de la branche de l'exercice de ces activités compte tenu des modalités choisies de reversement des sommes en cause. Cette disposition peut s'entendre comme une avance sur recettes.

Cette proposition tient compte du rôle de plus en plus important de l'ACOSS en tant que recouvreur de pour le compte d'organismes divers : URPS, AOM, etc. et de démarches initiées dans ce sens ces derniers mois (ex : FAFCEA).

La mesure doit toutefois être accompagnée de plusieurs garanties, afin que cette offre ne puisse être conçue que comme une aide de trésorerie subsidiaire, et qu'elle ne puisse engendrer le portage de déficits extérieurs à la sécurité sociale par l'ACOSS. Ainsi, la mesure ne couvrira que les situations dans lesquelles l'exercice de l'activité de recouvrement réalisée par les organismes de sécurité sociale conduit à un décalage entre les opérations d'encaissement et de reversement, et donc nécessairement à un impact en trésorerie à titre temporaire ou de manière récurrente dans un cadre limité. De plus, les enjeux de trésorerie parfois conséquents impliquent de circonscrire la mesure et de prévoir dans la loi un plafond global ainsi que les règles permettant de déterminer un plafond spécifique pour chaque organisme dans cette limite, et les garanties et contreparties applicables. Dans tous les cas, ces financements seraient inclus dans la limite globale fixée par la LFSS pour l'Acoss.

L'encours d'avances accordé à un organisme serait alors fixé après négociation entre l'ACOSS et l'organisme concerné dans une convention *ad hoc* approuvée par les ministères de tutelle de l'agence centrale. La trésorerie de l'agence aurait alors la responsabilité de déterminer les montants disponibles pour prêter sans que cela ne puisse mettre en difficulté la trésorerie du régime général qui reste prioritaire, et dans tous les cas en respectant une marge suffisante par rapport au plafond d'emprunt.

- **Assouplir la possibilité d'élargir le champ du recouvrement par l'ACOSS**

Il est enfin proposé de prévoir dans les missions générales de l'ACOSS une disposition autorisant, dans certaines conditions, le pouvoir réglementaire à élargir le champ du recouvrement de l'ACOSS aux cotisations sociales dues au titre d'un régime obligatoire visé au code de la sécurité sociale dans les cas où cela permettrait une gestion plus efficiente.

Le Gouvernement propose le transfert du recouvrement des cotisations et contributions sociales des assurés et employeurs relevant de l'ENIM à l'URSSAF de Poitou-Charentes dès le 1^{er} janvier 2020. Des travaux en ce sens sont d'ores et déjà en cours avec l'ensemble des parties concernées.

En effet, jusqu'au 1^{er} janvier 2016, la caisse maritime d'allocations familiales (Cmaif) assurait le recouvrement des cotisations dues au titre de la famille, du chômage, de la formation professionnelle ainsi que de la CSG et la CRDS, le FNAL, le forfait social, le versement transport, la contribution au dialogue social dues au titre du régime spécial des marins. L'article 16 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2016 confie à une Urssaf, désignée par le

directeur de l'Acoss, la compétence concernant le recouvrement et le contrôle des cotisations. A partir du 1^{er} janvier 2017, c'est donc l'Urssaf de Poitou-Charentes qui est compétente pour assurer les missions liées au recouvrement assuré par la Cmaf jusqu'à cette date.

La mesure envisagée viendrait donc compléter ce dispositif en centralisant l'intégralité du recouvrement (excepté pour les COM) auprès d'un organisme spécialisé ayant déjà une connaissance de cette population afin d'approfondir la démarche dans une finalité de simplification et de lisibilité pour les cotisants, tout en garantissant ainsi une expertise adéquate dans le traitement des règles spécifiques du régime.

L'objectif est d'offrir aux employeurs du secteur maritime un guichet unique pour le recouvrement de leurs cotisations et contributions sociales. Celui-ci étant actuellement réparti entre deux acteurs : l'URSSAF Poitou Charentes pour les cotisations famille, chômage, formation professionnelle, la CRDS, le FNAL, le Forfait Social, le versement transport, la contribution au dialogue social dues au titre du régime spécial des marins et l'ENIM pour les cotisations maladie et retraite. Il s'agit donc de clarifier et simplifier les processus de gestion en confiant à l'URSSAF l'ensemble des opérations de recouvrement de manière unifiée en prenant en compte les spécificités du secteur marin, tandis que l'ENIM conservera sa compétence exclusive en matière de gestion des prestations.

La date d'effet serait le 1^{er} janvier 2020 concomitamment à l'entrée en vigueur de la DSN, comme prévu dans la convention d'objectif et de gestion de l'Enim. Les modalités de mise en œuvre de la poursuite du transfert seront réalisées par décret.

• Renover les conditions d'exercice des activités comptables et financières

Compte tenu des forts enjeux portant sur le pilotage des finances publiques et l'efficience du contrôle interne, il convient d'ancrer les objectifs et responsabilités relevant de l'ordonnateur ou de l'agent comptable, dans la recherche de performance et d'efficacité dans le pilotage des opérations qu'il s'agisse notamment de la qualité de la gestion des organismes ou de suivi des comptes.

Il est proposé que l'agent comptable prenne un rôle de coordination du suivi comptable, financier (contrôle de gestion et analyse), et budgétaire afin d'une part d'éviter des redondances dans les processus et d'optimiser les compétences techniques détenues au sein des organismes, et également de les développer, sur les axes d'étude de la rentabilité économique des investissements et de suivi analytique des coûts de gestion.

Dans ce cadre, la mesure proposée vise également à permettre à l'agent comptable d'un organisme national tête de réseau d'optimiser les conditions d'établissement de ses comptes combinés. La capacité à maîtriser les délais de production des comptes, et si possible à les réduire, constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour produire une information comptable et financière utile au pilotage des finances sociales. La mesure proposée consiste à ouvrir la possibilité pour l'agent comptable de la caisse nationale d'enregistrer les écritures comptables de nature estimative – incluant notamment les provisions – directement dans ses propres comptes et non dans ceux des organismes de base, dès la première évaluation des estimations, dès lors que cela lui permet de sécuriser et d'optimiser l'établissement des comptes combinés de son régime.

Pour ce qui concerne le contrôle interne, il est proposé de développer une démarche de maîtrise des risques unifiée, basée sur une analyse partagée des risques. Celle-ci a vocation à se fonder sur une représentation partagée et formalisée des processus de gestion et des risques afférents qui pourra se matérialiser par l'institution d'une gouvernance partagée, entre ordonnateur et comptable, du contrôle interne et par un plan de contrôle unique. Dans ce cadre, l'agent comptable aura un rôle transverse de coordination, de synthèse et de reporting des résultats du contrôle interne de façon à assurer une vision globale des risques financiers auprès des dirigeants, sans remettre en cause les pilotages existants sur des dispositifs spécifiques de contrôle (contrôle médical, contrôle externe, etc.). Ce faisant, l'agent comptable devra faire des propositions de nature à permettre de proportionner les contrôles aux risques, c'est-à-dire à la fréquence d'anomalies constatée et le cas échéant à l'impact financier de ces anomalies en s'appuyant sur un diagnostic partagé de leurs sources. Ceci doit participer à permettre aux dirigeants d'avoir une vision globale des enjeux prioritaires – qu'ils aient trait à la relation avec les assurés/cotisants ou à la qualité de la gestion financière – des organismes de sécurité sociale, et à responsabiliser l'ensemble des acteurs concernés aux impératifs de qualité de la liquidation puisque des plans d'action précis pour atteindre des objectifs d'amélioration des processus de gestion liés à la production des prestations et des prélèvements sociaux seront sollicités.

L'intitulé d'un poste doit donner du sens à la fonction, et permettre d'identifier le périmètre des activités inhérentes à celle-ci. Spécifique à la sphère publique, et inscrit dans la loi, le titre d'agent comptable ne représente pas correctement la réalité de la fonction. Afin de la rendre plus lisible au regard de la réalité de la fonction exercée, il est proposé de remplacer la dénomination d'agent comptable par celle de directeur comptable et financier.

• Sécuriser la période transitoire de suppression du régime social des indépendants

La loi sera modifiée afin de prévoir un transfert au 1^{er} janvier 2019 au CSPTI des actifs et passifs attachés aux régimes complémentaires vieillesse et invalidité-décès des travailleurs indépendants.

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

La mesure se rattache au champ facultatif des lois de financement de la sécurité sociale prévu au V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

En premier lieu, elle porte sur les règles de gestion, d'organisation ainsi que de tenue de la comptabilité des organismes, en particulier de ceux organisés en réseau, pour ce qui concerne le rôle de l'agent comptable. Elle porte également sur la trésorerie des régimes de base ; la trésorerie commune étant gérée de manière globale à l'ACOSS, toute avance à des tiers a un impact direct sur la trésorerie des régimes de base. Pour l'ensemble de ces raisons, la mesure se rattache au 4° du B du V de l'article LO. 111-3.

En second lieu, la mesure porte sur la mise en œuvre par les directeurs comptables et financiers des dispositifs de gestion des risques dans un objectif de sécurisation et d'amélioration de la maîtrise des activités (dont la liquidation des prestations) permettant d'assurer une meilleure gestion des fonds publics. De ce point de vue, la mesure se rattache au 3° du C du même article.

En troisième lieu, la mesure porte sur la définition du périmètre du rôle de recouvreur de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, également au-delà du régime général au bénéfice des autres régimes obligatoires de base. En cela elle se rattache directement au 3° du B du V de ce même article.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet.

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

a) Possibilité de codification

Cet article procède à des modifications des articles L. 225-1-1 et L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale. L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles sera également modifié.

L'organisation du code de la sécurité sociale est améliorée en dissociant la section relative au contrôle interne du chapitre portant sur l'organisation comptable, en ce sens qu'il doit s'agir d'un moyen - partagé et animé par tous les acteurs - d'atteindre des objectifs, et pas d'une fonction de contrôle relevant de l'agent comptable.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le résultat financier de l’ACOSS doit rester nul. Les charges ou produits financiers résultant de la gestion de trésorerie quotidienne sont répartis à la clôture des comptes entre les caisses nationales du régime général.

Les opérations financières conclues avec les autres organismes obéissent à des règles conclues par convention, afin d’imputer des frais de gestion et de répartir la charge financière le cas échéant.

Compte tenu de la volatilité des taux d’intérêts sur les marchés financiers, l’impact est difficilement estimable pour les années 2020 et 2021. La perspective d’évolution naturelle des taux amène néanmoins à neutraliser sur les années ultérieures l’économie réalisée sur le financement de la trésorerie.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 (P ou R)	2020	2021	2022
Régime général		NC	NC	NC	NC

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

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

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

Sans objet.

- c) impacts sur l'environnement**

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Cette mesure ne modifie pas les formalités accomplies par les redevables ou les assurés des branches concernées.

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

La meilleure prise en compte des diagnostics issues des campagnes de contrôle interne doivent conduire à des évolutions et des améliorations des processus de gestion dans le sens d'une plus grande efficience opérationnelle, avec des effets sur les systèmes d'informations (assurer l'adaptabilité des outils à la prise en charge des évolutions réglementaires, automatiser les processus et limiter les opérations et contrôles humains sur les opérations unitaires à faible valeur ajoutée, développer des circuits informatisés d'arbre de prise de décision afin de mieux cadrer le parcours des techniciens).

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

La responsabilisation des gestionnaires à la qualité de liquidation, la rationalisation du fonctionnement du contrôle interne, la centralisation des compétences d'expertise du chiffre (contrôle de gestion, prévisions, comptabilité) doit conduire à l'institution d'une logique de boucle d'amélioration des processus de gestion qui permettra notamment d'élever les standards de maîtrise de production pour une meilleure gestion des fonds publics.

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

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

Aucun texte d'application n'est prévu.

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

Les mesures de financement par l'ACOSS pourront être mises en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2019.

- c) Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet.

- d) Suivi de la mise en œuvre**

Les relations financières de l'ACOSS avec d'autres organismes seront suivies par un indicateur des programmes de qualité et d'efficience (PQE), annexé au PLFSS, relatif aux conditions de financement de l'agence centrale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 114-6 actuel	Article L. 114-6 modifié
Pour l'application du VII de l'article LO 111-3, les organismes nationaux et les organismes de base des régimes obligatoires de sécurité sociale respectent les dispositions prévues aux alinéas suivants. Les comptes annuels et infra-annuels des organismes de base de sécurité sociale, présentés par l'agent comptable, établis sous sa responsabilité et visés par le directeur, sont transmis à l'organisme national chargé de leur centralisation. Ce dernier valide ces comptes et établit le compte combiné de la branche ou de l'activité de recouvrement, ou du régime. Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base transmettent leurs comptes annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes. Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base comportant un réseau de caisses locales ou régionales transmettent les comptes combinés annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes. Les comptes des régimes de protection sociale agricole sont également transmis au ministre de l'agriculture. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.	Pour l'application du VII de l'article LO 111-3, les organismes nationaux et les organismes de base des régimes obligatoires de sécurité sociale respectent les dispositions prévues aux alinéas suivants. Les comptes annuels et infra-annuels des organismes de base de sécurité sociale, présentés par ~~l'agent comptable~~ le directeur comptable et financier, établis sous sa responsabilité et visés par le directeur, sont transmis à l'organisme national chargé de leur centralisation. Ce dernier valide ces comptes et établit le compte combiné de la branche ou de l'activité de recouvrement, ou du régime. Pour l'établissement des comptes combinés, 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. Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base transmettent leurs comptes annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes. Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base comportant un réseau de caisses locales ou régionales transmettent les comptes combinés annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes. Les comptes des régimes de protection sociale agricole sont également transmis au ministre de l'agriculture. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.
Chapitre IV ter du titre I ^{er} du livre I ^{er} actuel	Chapitre IV ter du titre I ^{er} du livre I ^{er} modifié
Contrôle et lutte contre la fraude	~~Contrôle et lutte contre la fraude~~ Dispositifs de contrôle et relatifs à la lutte contre la fraude
	Section 1
	Contrôle interne

	Article L. 114-8-1 nouveau
	Le directeur et le directeur comptable et financier d'un organisme de sécurité sociale conçoivent et mettent en place conjointement un 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. Ils élaborent et mettent en œuvre les plans d'action permettant de remédier aux déficiences constatées et d'améliorer l'efficience de la gestion des missions de leurs organismes.
	Section 2
	Contrôles et lutte contre la fraude
	Articles L. 114-9 à L. 114-22-1
Chapitre 2 du titre 2 du livre 1 actuel	Chapitre 2 du titre 2 du livre 1 modifié
Directeur et agent comptable	Directeur et <i>agent-comptable</i> directeur comptable et financier
Section 2 du chapitre 3 du titre 2 du livre 1 actuel	Section 2 du chapitre 3 du titre 2 du livre 1 modifié
Agents de direction et agent comptable	Agents de direction et <i>agents-comptables</i> directeurs comptables et financiers
Article L. 122-2 actuel	Article L. 122-2 modifié
L'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale est chargé de la tenue de la comptabilité et veille à retracer dans ses comptes l'ensemble des droits et obligations de l'organisme. L'agent comptable est personnellement et pécuniairement responsable des opérations effectuées, à l'exception de celles faites sur réquisition régulière du directeur de l'organisme. La réquisition a pour effet de transférer la responsabilité au directeur. La responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable se trouve engagée dès lors qu'un déficit ou un manquant en deniers ou en valeurs a été constaté, qu'un encaissement n'a pas été effectué, qu'une dépense a été indûment payée ou que, du fait de l'agent comptable, l'organisme a dû procéder à l'indemnisation d'un autre organisme ou d'un tiers. Si le préjudice financier est reconnu imputable à un cas	<i>L'agent-comptable</i> Le directeur comptable et financier d'un organisme de sécurité sociale est chargé de la tenue de la comptabilité et veille à retracer dans ses comptes l'ensemble des droits et obligations de l'organisme. 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. Le directeur comptable et financier établit, sur la base des résultats des opérations de contrôle interne, la synthèse des risques financiers majeurs auxquels l'organisme est exposé et des conditions dans lesquelles ces risques sont maîtrisés. <i>L'agent-comptable</i> Le directeur comptable et financier est personnellement et pécuniairement responsable des

de force majeure par l'autorité compétente, la responsabilité pécuniaire de l'agent comptable ne peut être engagée. Avant d'être installé, l'agent comptable doit fournir en garantie un cautionnement. Les opérations et les contrôles dont il assume la responsabilité sont précisés par décret. Ce décret précise également les conséquences de la mise en oeuvre des articles L. 122-6, L. 122-7, L. 122-8, L. 122-9 et L. 611-11 sur la responsabilité des agents comptables concernés.	opérations effectuées, à l'exception de celles faites sur réquisition régulière du directeur de l'organisme. La réquisition a pour effet de transférer la responsabilité au directeur. La responsabilité personnelle et pécuniaire ~~de l'agent comptable~~ du directeur comptable et financier se trouve engagée dès lors qu'un déficit ou un manquant en deniers ou en valeurs a été constaté, qu'un encaissement n'a pas été effectué, qu'une dépense a été indûment payée ou que, du fait ~~de l'agent comptable~~ du directeur comptable et financier, l'organisme a dû procéder à l'indemnisation d'un autre organisme ou d'un tiers. Si le préjudice financier est reconnu imputable à un cas de force majeure par l'autorité compétente, la responsabilité pécuniaire ~~de l'agent comptable~~ du directeur comptable et financier ne peut être engagée. Avant d'être installé, ~~l'agent comptable~~ le directeur comptable et financier doit fournir en garantie un cautionnement. Les opérations et les contrôles dont il assume la responsabilité sont précisés par décret. Ce décret précise également les conséquences de la mise en oeuvre des articles L. 122-6, L. 122-7, L. 122-8, L. 122-9 et L. 611-11 sur la responsabilité des ~~agents comptables~~ directeurs comptables et financiers concernés.
Article L. 217-3 actuel	Article L. 217-3 modifié
Les directeurs et les agents comptables des organismes régionaux et locaux sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 217-3-1. Le directeur de la caisse nationale nomme le directeur ou l'agent comptable après concertation avec le président du conseil d'administration de l'organisme concerné et après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il en informe préalablement le conseil d'administration de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres. Le directeur de la caisse nationale peut mettre fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables mentionnés au premier alinéa du présent article après avoir recueilli l'avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné et sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. Les directeurs et les agents comptables sont salariés des organismes dans lesquels ils exercent leurs fonctions. Les directeurs et les agents comptables sont salariés des organismes dans lesquels ils exercent leurs fonctions. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	Les directeurs et les ~~agents comptables~~ directeurs comptables et financiers des organismes régionaux et locaux sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 217-3-1. Le directeur de la caisse nationale nomme le directeur ou ~~l'agent comptable~~ le directeur comptable et financier après concertation avec le président du conseil d'administration de l'organisme concerné et après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il en informe préalablement le conseil d'administration de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres. Le directeur de la caisse nationale peut mettre fin aux fonctions des directeurs et des ~~agents comptables~~ directeurs comptables et financiers mentionnés au premier alinéa du présent article après avoir recueilli l'avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné et sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. Les directeurs et les ~~agents comptables~~ directeurs comptables et financiers sont salariés des organismes dans lesquels ils exercent leurs fonctions. Les directeurs et les ~~agents comptables~~ directeurs comptables et financiers sont salariés des organismes dans lesquels ils exercent leurs fonctions. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 217-3-1 actuel	Article L. 217-3-1 modifié

Les directeurs et les agents comptables des organismes locaux et régionaux de la branche maladie sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie nomme le directeur ou l'agent comptable après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il informe préalablement le conseil de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres. Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut mettre fin à ses fonctions, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	Les directeurs et les ~~agents~~comptables directeurs comptables et financiers des organismes locaux et régionaux de la branche maladie sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie nomme le directeur ou ~~l'agent~~comptable directeur comptable et financier après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il informe préalablement le conseil de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres. Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut mettre fin à ses fonctions, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 221-1 actuel	Article L. 221-1 modifié
La Caisse nationale de l'assurance maladie gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ; 1° bis D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; 2° De définir et de mettre en oeuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ; 3° De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ; 4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ; 5° D'organiser et de diriger le contrôle médical ; 6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ; 8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1, L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces	La Caisse nationale de l'assurance maladie gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. A ce titre, elle établit les comptes ~~consolidés~~ combinés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ; 1° bis D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; 2° De définir et de mettre en oeuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ; 3° De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ; 4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ; 5° D'organiser et de diriger le contrôle médical ; 6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ; 8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1,

fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° bis du présent article ; 9° De participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé ; 10° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale ; 11° (Abrogé) ; 12° De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation. La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code. La Caisse nationale de l'assurance maladie publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et des données relatives aux services rendus aux travailleurs indépendants.	L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° bis du présent article ; 9° De participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé ; 10° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale ; 11° (Abrogé) ; 12° De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation. La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code. La Caisse nationale de l'assurance maladie publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et des données relatives aux services rendus aux travailleurs indépendants.
Article L. 222-1 actuel	Article L. 222-1 modifié
La Caisse nationale d'assurance vieillesse gère la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux et effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ; 2° De définir les orientations de la gestion de l'assurance retraite des travailleurs salariés et non-salariés, et d'en assurer la coordination ; 3° D'exercer un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et sur les caisses générales de sécurité sociale concernant leurs attributions en matière de vieillesse ; 4° D'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des travailleurs salariés après consultation de son conseil d'administration ; 5° De proposer, par l'intermédiaire de son conseil d'administration, toute mesure, notamment dans le cadre	La Caisse nationale d'assurance vieillesse gère la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes consolidés combinés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ; 2° De définir les orientations de la gestion de l'assurance retraite des travailleurs salariés et non-salariés, et d'en assurer la coordination ; 3° D'exercer un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et sur les caisses générales de sécurité sociale concernant leurs attributions en matière de vieillesse ; 4° D'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des travailleurs salariés après consultation de son conseil d'administration ; 5° De proposer, par l'intermédiaire de son conseil

de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui lui paraît nécessaire pour garantir dans la durée l'équilibre financier de l'assurance vieillesse du régime général. Les propositions et les avis qu'elle émet sont rendus publics	d'administration, toute mesure, notamment dans le cadre de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui lui paraît nécessaire pour garantir dans la durée l'équilibre financier de l'assurance vieillesse du régime général. Les propositions et les avis qu'elle émet sont rendus publics
Article L. 223-1 actuel	Article L. 223-1 modifié
La caisse nationale des allocations familiales gère la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1°) De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux et effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ; 2°) De gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ; 3°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 4°) (Abrogé) 5°) De rembourser les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime des exploitants agricoles des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ; 6°) D'assurer le remboursement des indemnités ou allocations versées dans les conditions fixées par l'article L. 331-8 et le II de l'article L. 623-1 du présent code, les articles L. 732-12-1 et L. 742-3 du code rural et le dernier alinéa de l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines, ainsi que des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations dont le montant est fixé par arrêté ministériel ; 7°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ; 8°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.	La caisse nationale des allocations familiales gère la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1°) De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes consolidés combinés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ; 2°) De gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ; 3°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 4°) (Abrogé) 5°) De rembourser les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime des exploitants agricoles des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ; 6°) D'assurer le remboursement des indemnités ou allocations versées dans les conditions fixées par l'article L. 331-8 et le II de l'article L. 623-1 du présent code, les articles L. 732-12-1 et L. 742-3 du code rural et le dernier alinéa de l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines, ainsi que des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations dont le montant est fixé par arrêté ministériel ; 7°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ; 8°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées

	par décret.
Article L. 225-1-1 actuel	Article L. 225-1-1 modifié
L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée : 1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ; 2° De définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ; 3° Dans les cas prévus par la loi, de recouvrer directement des cotisations et des contributions ; ce recouvrement s'effectue sous les garanties et sanctions applicables aux cotisations du régime général en vertu des chapitres II, III, IV et V du titre IV du livre Ier et des chapitres III et IV du titre IV du présent livre ; 3° <i>bis</i> D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ; 3° <i>ter</i> D'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ; 3° <i>quater</i> D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ; 3° <i>quinquies</i> D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ; 4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'Etat fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'Etat ; 5° De centraliser l'ensemble des opérations des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des cotisations d'allocations familiales, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes, de centraliser les opérations pour compte de tiers et d'en opérer le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi qu'aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat ; 5° <i>bis</i> De gérer, pour le compte des régimes de sécurité sociale et fonds concernés, la répartition des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 ; 6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.	L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée : 1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ; 2° De définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ; 3° Dans les cas prévus par la loi ou pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, par décret, de recouvrer directement des cotisations et des contributions ; ce recouvrement s'effectue sous les garanties et sanctions applicables aux cotisations du régime général en vertu des chapitres II, III, IV et V du titre IV du livre Ier et des chapitres III et IV du titre IV du présent livre ; 3° <i>bis</i> D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ; 3° <i>ter</i> D'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ; 3° <i>quater</i> D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ; 3° <i>quinquies</i> D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ; 4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'Etat fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'Etat ; 5° De centraliser l'ensemble des opérations des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des cotisations d'allocations familiales, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes, de centraliser les opérations pour compte de tiers et d'en opérer le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi qu'aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat ; 5° <i>bis</i> De gérer, pour le compte des régimes de sécurité sociale et fonds concernés, la répartition des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 ; 6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.

7° De prendre en charge le coût résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail et pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code, de l'exonération des contributions salariales prévue en application de l'article 8 et de la réduction dégressive prévue en application de l'article 9 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 ; 8° D'assurer, en matière de marchés publics de services bancaires, la fonction de centrale d'achat, au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, pour le compte des caisses nationales et des organismes locaux du régime général.	7° De prendre en charge le coût résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail et pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code, de l'exonération des contributions salariales prévue en application de l'article 8 et de la réduction dégressive prévue en application de l'article 9 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 ; 8° D'assurer, en matière de marchés publics de services bancaires, la fonction de centrale d'achat, au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, pour le compte des caisses nationales et des organismes locaux du régime général.
Article L. 225-1-4 actuel	Article L. 225-1-4 modifié
Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut : 1° Consentir, contre rémunération, 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 ; 2° A titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances 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 LO 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. Pour déterminer les conditions de chacune des avances mentionnées aux 1° et 2°, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.	Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut consentir, contre rémunération : 1° ~~Consentir, contre rémunération,~~ 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 ; 2° ~~A titre exceptionnel et contre rémunération,~~ consentir des avances 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 LO 111-4 ; ~~dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.~~ 3° Sans préjudice de l'exercice par l'agence des missions prévues au 1° et au 2°, des avances d'une durée inférieure à un mois aux organismes, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, dont elle centralise des recettes ou pour le compte desquels elle assure le recouvrement de tout ou partie des cotisations et contributions. Pour déterminer les conditions de chacune des avances mentionnées au présent article ~~aux 1° et 2°~~, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.
	4° du XVI de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018
	[...] 4° Sont transférés de plein droit : a) Au 1er janvier 2018, aux organismes nationaux et locaux du régime général selon leurs périmètres de responsabilité respectifs, les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de

	l'assurance maladie, maternité et de l'assurance vieillesse de base des travailleurs indépendants ainsi que les engagements qui en découlent et les autorisations de prélèvement et de versement données aux caisses du régime social des indépendants. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice de l'exercice des activités mentionnées au deuxième alinéa du 2° du présent XVI et du suivi, en 2018 et en 2019, dans les comptes des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, des opérations afférentes aux éléments mentionnés ci-dessus. Ces opérations peuvent être directement combinées par les caisses nationales chargées de la gestion des différentes branches du régime général ; b) Au 1er janvier ~~2020~~ 2019, au Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité-décès dont bénéficient les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 du code de la sécurité sociale ainsi que les engagements qui en découlent ; c) Au 1er janvier 2020, aux organismes nationaux et locaux du régime général tous les autres droits et obligations, à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants. Sauf si l'ensemble des caisses concernées en conviennent différemment, les droits et obligations de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants sont transférés à l'organisme du régime général dans lequel sont transférés la majorité de ses salariés. Les conditions dans lesquelles s'opèrent ces transferts font l'objet de conventions entre les directeurs des organismes concernés. Ils ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit ;
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	
Article 25-1 actuel	Article 25-1 modifié
La nomination et la cessation de fonctions du directeur et de l'agent comptable de la caisse de sécurité sociale sont soumises aux conditions prévues à l'article L. 217-3-1 du code de la sécurité sociale et les décisions relatives à leur nomination et à leur cessation de fonctions sont prises conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées. Les mêmes directeurs exercent sur cette caisse les compétences mentionnées au douzième alinéa de l'article L. 221-3-1 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale, le cas échéant conjointement.	La nomination et la cessation de fonctions du directeur et du directeur comptable et financier de l'agent ~~comptable~~ de la caisse de sécurité sociale sont soumises aux conditions prévues à l'article L. 217-3-1 du code de la sécurité sociale et les décisions relatives à leur nomination et à leur cessation de fonctions sont prises conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées. Les mêmes directeurs exercent sur cette caisse les compétences mentionnées au douzième alinéa de l'article L. 221-3-1 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale, le cas échéant conjointement.
Article 26 actuel	Article 26 modifié
I.- Pour assurer le service des prestations des régimes	I.- Pour assurer le service des prestations des régimes

définis aux 1° à 4° du II de l'article 22, les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses de chacun desdits régimes au titre de l'exercice, après déduction des recettes de cotisations et contributions sociales de ces mêmes régimes au titre du même exercice. Si, pour tout ou partie des régimes, les recettes de cotisations et contributions sociales excèdent les dépenses au titre de l'exercice, la caisse de sécurité sociale de Mayotte transfère les excédents constatés au titre de ce même exercice aux organismes nationaux du régime général concernés. [...] VI.- Les articles L. 114-5, L. 114-6 et L. 114-6-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. VII.- Pour l'application du présent article, la caisse de sécurité sociale de Mayotte est considérée comme un organisme de base, au sens du titre Ier du livre II du code de la sécurité sociale.	définis aux 1° à 4° du II de l'article 22, les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses de chacun desdits régimes au titre de l'exercice, après déduction des recettes de cotisations et contributions sociales de ces mêmes régimes au titre du même exercice. Si, pour tout ou partie des régimes, les recettes de cotisations et contributions sociales excèdent les dépenses au titre de l'exercice, la caisse de sécurité sociale de Mayotte transfère les excédents constatés au titre de ce même exercice aux organismes nationaux du régime général concernés. [...] VI.- Les articles L. 114-5, L. 114-6, ~~et~~ L. 114-6-1 et L. 114-8-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. VII.- Pour l'application du présent article, la caisse de sécurité sociale de Mayotte est considérée comme un organisme de base, au sens du titre Ier du livre II du code de la sécurité sociale.

Article 19 – Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'Etat et entre régimes de sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

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

- **L'effet en année pleine de la suppression des cotisations salariales d'assurances chômage et le renforcement des allègements généraux décidés en LFSS pour 2018 conduisent à de nouvelles pertes de recettes pour la sécurité sociale ainsi que pour l'UNEDIC et l'AGIRC-ARRCO**

D'une part, l'article 8 de la LFSS pour 2018 a supprimé la cotisation salariale d'assurance maladie et réduit en deux temps la cotisation salariale chômage (exonération partielle de 1,45 point au 1^{er} janvier puis totale, soit de 2,4 points, au 1^{er} octobre) en contrepartie de la hausse de la CSG de 1,7 point. Le mécanisme de compensation mis en place en 2018, via l'ACOSS, qui a reçu en contrepartie une fraction de TVA (à hauteur de 9,4 Md€), présentait un caractère provisoire, ce qui appelle à la mise en place d'un mode de compensation plus pérenne. Par ailleurs, en 2019, du fait de l'effet année pleine de la baisse de cotisations sociales d'assurance chômage, l'UNEDIC fera face à une perte de recettes supplémentaire de 4,1 Md€. Au total et pour 2019, c'est un montant de 14,0 Md€ de pertes de recettes que connaîtra l'UNEDIC.

D'autre part l'article 9 de la LFSS pour 2018 a prévu de nouveaux allègements de cotisations patronales en compensation de la suppression du CICE : un allègement de 6 points sur la cotisation patronale d'assurance maladie jusqu'à 2,5 SMIC et une exonération totale des 4,05 points de cotisations patronales d'assurance chômage, à compter des rémunérations dues au titre d'octobre en application de l'article 8 et, dès le 1^{er} janvier, de 4,75% de cotisations de retraite complémentaire et 1,2% de cotisation AGFF au niveau du SMIC. Ces mesures entraînent une perte de recettes de 23,5 Md€ pour les organismes concernés :

Mesure	Cout (-)/Gain (+)
Baisses de cotisation d'assurance chômage (LFSS 2018)	-14,0
dont part déjà compensée en 2018	9,9
Baisse de 6 points des cotisations d'assurance maladie	-22,6
Renforcement des allègements généraux	-1,0
dont effet UNEDIC (décalage 1er octobre)	-1,0
dont effet vieillesse complémentaire	5,1
dont effet RG	-5,1

Ces pertes de recettes donnent lieu à une compensation financière par l'Etat, au moyen de l'affectation d'une fraction du produit de la taxe sur la valeur ajoutée. Cette compensation est prévue à l'article 36 du projet de loi de finances pour 2019, globalement pour l'ensemble de la sphère sociale, à l'exception de la fraction ayant vocation à compenser le coût pour l'assurance retraite complémentaire, et nécessite des réaffectations de recettes ou des transferts financiers entre branches des régimes de base, régimes complémentaires et assurance chômage.

- **L'extension des allègements généraux conduit à ajuster les mécanismes d'exonérations spécifiques, avec un impact sur les transferts financiers entre l'Etat et la sécurité sociale**

La conséquence du renforcement des allègements généraux mise en œuvre dès le début du quinquennat par le Gouvernement est de modifier l'intérêt relatif pour les cotisants de certains dispositifs sectoriels d'exonérations. L'article 8 procède à la refonte de ces mécanismes dont un certain nombre est compensé à la sécurité sociale par l'Etat. Il est ainsi prévu une suppression de certains dispositifs au profit d'une bascule aux allègements généraux, s'agissant notamment :

- du dispositif relatif aux travailleurs occasionnels – demandeurs d'emploi (TO-DE) ;
- des exonérations relatives au secteur de l'apprentissage ;
- des exonérations relatives aux contrats aidés dans le secteur privé ;
- des dispositifs relatifs à l'insertion par l'activité économique (AI, ACI, contrats professionnels).

Parallèlement, certains dispositifs sont modifiés afin de tenir compte des allègements renforcés et de la suppression du CICE :

- barèmes applicables en outre-mer ;
- exonérations relatives aux services à la personne auprès de publics fragiles ;
- taux de cotisations dans les régimes spéciaux.

Les pertes relatives à la bascule de ces populations spécifiques dans le champ des allègements généraux donnent lieu à une compensation à la sécurité sociale par augmentation de la fraction du produit de TVA affectée à la sécurité sociale pour l'ensemble des dispositifs qui étaient compensés jusqu'en 2018. Il s'agit d'opérations de périmètre du budget général vers la sécurité sociale. En cas de surcoût lié à la bascule d'un dispositif anciennement compensé, c'est-à-dire une dépense publique supplémentaire, ce surcoût est également compensé et inclus dans la fraction de TVA.

Les dispositifs spécifiques qui sont maintenus continueront de faire l'objet d'une compensation par le budget général en application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, y compris s'agissant du bandeau de 6 points pour ces secteurs.

Enfin, le coût de la bascule vers les allègements généraux renforcés des populations concernées par des dispositifs non-compensés à la sécurité sociale (contrats aidés du secteur privé) ne donne pas lieu à l'affectation de recettes ou de crédits budgétaires en compensation, qu'il y ait ou non un surcoût, tout comme la refonte des barèmes dans les régimes spéciaux.

La compensation de ces pertes de recette en projet de loi de finances se fait mécaniquement au profit de la branche maladie, affectataire de la fraction du produit de TVA, ce qui nécessite des réaffectations de recettes en projet de loi de financement de la sécurité sociale.

• **Les conséquences du rapport du Gouvernement sur les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale**

Si le principe de compensation demeure à ce stade inscrit dans les textes, et est appliqué pour ce qui concerne la bascule entre le CICE et les allègements généraux renforcés (cf. supra), décidée en LFSS pour 2018, les conclusions du rapport remis au Parlement en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2018-2022 et relatif à la rénovation des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale conduisent à envisager une évolution des pratiques concernant les transferts financiers entre l'Etat et la sécurité sociale. Compte tenu du retour à l'équilibre des comptes sociaux et alors que le budget de l'Etat enregistre encore des déficits significatifs, il est prévu que les nouvelles pertes de recettes de la sécurité sociale ne donnent plus lieu par principe à une compensation systématique. Aussi, les pertes de recettes suivantes aussi les mesures suivantes ne donneront pas lieu à compensation en 2019 :

- les exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, prévues à l'article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, pour 643 M€ en 2019, compte tenu de l'entrée en vigueur au 1^{er} septembre de cette mesure ;
- la suppression du forfait social sur certaines catégories de revenus portée par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi relatif à la croissance, et à la transformation des entreprises, déposé à l'Assemblée nationale le 19 juin 2018 et en cours de discussion, pour un montant de 593 M€ en 2019 ;
- la suppression de la taxe sur les farines décidée dans le cadre du plan de suppressions des « petites taxes » en projet de loi de finances pour 2019, soit une perte de 60 M€ ;
- la réduction des effets d'une hausse ponctuelle du revenu fiscal de référence sur l'assujettissement au taux plein de la CSG sur les revenus de remplacements, décidé par le Gouvernement pour préserver le pouvoir d'achat des retraités dont les revenus sont proches du seuil et éviter les effets d'oscillation autour de ce seuil, qui conduira à un coût pour la sécurité sociale de 340 M€ par an. Cette mesure figure à l'article 11 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale ;
- l'application aux salariés des régimes spéciaux des réductions de taux de cotisation d'assurance maladie et d'allocations familiales actuellement réservées aux employeurs assujettis aux cotisations d'assurance chômage (393 M€).

Dans l'attente de l'avancement des travaux sur la révision constitutionnelle et sur l'évolution du cadre organique fixant de nouveaux principes pour encadrer les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, il est nécessaire de procéder à des réaffectations de recettes au sein de la sécurité sociale, afin notamment :

- de compenser les pertes de recettes supportées par la branche vieillesse, affectataire du produit du forfait social et de l'essentiel des cotisations exonérées au titre des heures supplémentaires. En effet, il importe de conserver le lien fondamental entre les montants de cotisations ou recettes de substitution perçus et les conditions d'ouverture des droits et il serait inopportun de faire supporter à la branche vieillesse le coût de droits gratuits ;
- de compenser les pertes de recettes du régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles du fait de la suppression de la taxe sur les farines, compte tenu de la structure de son financement et des efforts qui ont été consentis ces dernières années afin de rétablir l'équilibre financier de ce régime.

Enfin, il est préconisé de rationaliser les recettes fiscales de la sécurité sociale, en restituant à l'Etat l'ensemble des recettes qui ne sont ni des cotisations sociales ou de la CSG, ni des recettes visant à se substituer à des cotisations, ni des taxes comportementales ou constitutives de leviers directs sur les politiques de sécurité sociale. L'ensemble des recettes qui seraient réaffectées au budget de l'Etat seraient compensées par affectation de TVA.

• **Un financement du FIR par la CNSA trop rigide**

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut financer des actions relatives au secteur médico-social pilotées par les agences régionales de santé. Cette faculté est aujourd'hui limitée à la section 1 du budget de la CNSA pour le financement des groupes d'entraide mutuelle et à la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie au titre des articles L. 1432-6 du code de la santé publique et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Les financements issus des autres sections du budget de la CNSA ne peuvent être portés le FIR, ce qui constitue une source de complexité pour les agences régionales de santé.

• **Un besoin de financement complémentaire de l'aide à domicile**

Les acteurs de l'aide à domicile (opérateurs et conseils départementaux) sont en attente d'évolutions substantielles permettant de consolider et de piloter le secteur de l'aide à domicile, qui 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. Dans le contexte de la priorité donnée au soutien à domicile et de transformation de l'offre, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sont appelés à voir leur rôle renforcé dans la construction et la mise en œuvre des réponses auprès des publics fragiles.

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

a) Mesure proposée

• **La réaffectation et la simplification des prélèvements sociaux sur les revenus du capital**

Comme première étape de la rationalisation des recettes fiscales de la sécurité sociale, il est proposé de réaffecter à l'Etat les prélèvements sociaux sur les revenus du 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. Les prélèvements concernés sont :

- le prélèvement social de 4,5 % (5,9 Md€) ;
- la contribution additionnelle au prélèvement social de 0,3% (393 M€).

Par ailleurs, afin de renforcer la lisibilité des prélèvements, il est prévu de basculer 0,7 point du taux de la CSG applicable sur les revenus du capital vers le prélèvement social, en le relevant à due concurrence. Le taux de la CSG sur le capital serait ainsi aligné sur celui de la CSG sur les revenus d'activité. Ces deux prélèvements ayant la même assiette, il s'agit d'une mesure parfaitement neutre pour le contribuable comme pour les finances publiques.

Enfin, et toujours dans un objectif de simplification, l'article fusionne les prélèvements sociaux réaffectés, ces derniers ayant la même assiette et le même affectataire depuis le transfert à l'Etat en 2018 du prélèvement de solidarité de 2%.

En contrepartie de ces réaffectations, l'article opère un transfert d'une fraction du produit de la CSG assise sur les revenus d'activité et remplacement au profit du Fonds de solidarité vieillesse et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui étaient affectataires des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Ce transfert se fait à niveau constant et en toute neutralité pour les organismes.

La poursuite des travaux de rationalisation des recettes devrait être opérée dans les prochaines lois financières. En effet, un accroissement de la fraction de TVA au delà de ce qui est prévu en 2018 aurait pour conséquence d'en faire une recette qui abonderait l'ensemble des branches et régimes, et nécessite que la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale puisse être répartie entre branche et organismes par la LFSS, ce qui demeure juridiquement très fragile dans le cadre organique actuel.

• **La compensation pérenne de la suppression des cotisations salariales d'assurance chômage par l'affectation d'une fraction de CSG**

L'exonération totale de cotisations salariales d'assurance chômage a vocation à être compensée par un mécanisme plus lisible que la prise en charge par l'ACOSS, mise en place de façon transitoire par la LFSS pour 2018. La loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel a en effet procédé à une réforme plus large du financement de l'assurance-chômage, qui a conduit à supprimer intégralement les cotisations salariales d'assurance chômage en contrepartie de l'affectation au régime d'assurance chômage d'impositions de toute nature¹. Puisque la baisse de cotisations salariales a été opérée en contrepartie de la hausse de la CSG dans le cadre de la mesure de soutien au pouvoir d'achat des actifs de la LFSS pour 2018, il est cohérent d'affecter cette recette au financement de l'assurance chômage, d'autant plus que la CSG est une ressource dynamique, adaptée à la couverture de dépenses de prestations sociales. L'UNEDIC bénéficiera donc d'une fraction de 1,45 point de CSG activité, compensant intégralement les pertes de recettes liées à la suppression des cotisations d'assurance chômage, évaluées à 13,9 Md€.

¹ Article 54 de la loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, qui a modifié le financement de l'assurance-chômage défini à l'article L. 5422-9 du code du travail.

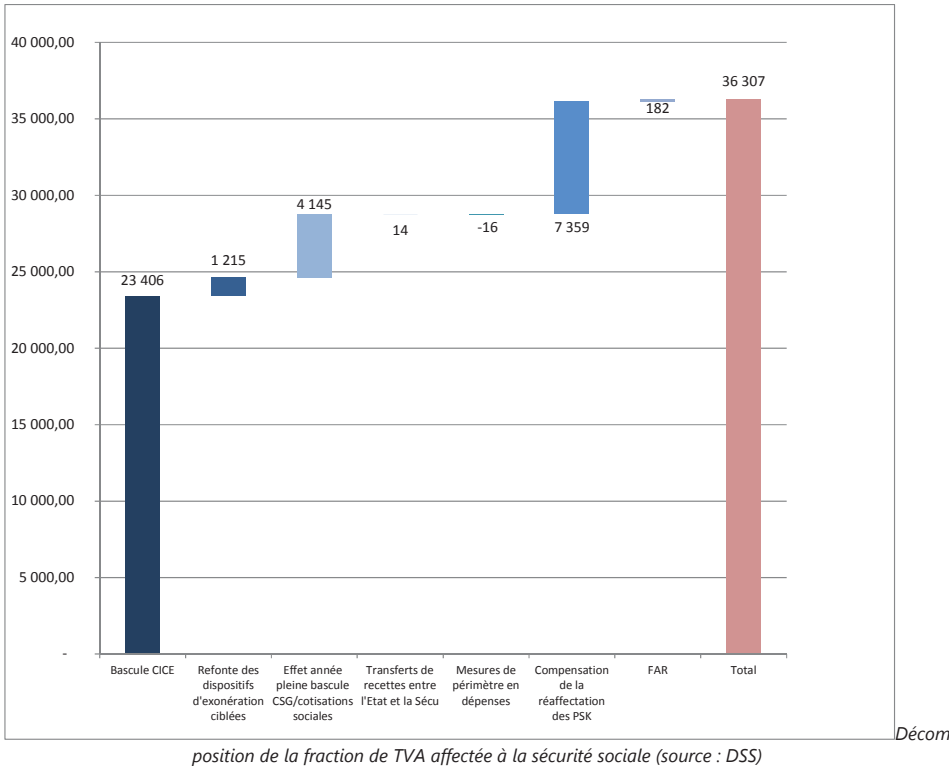
• **Le transfert de recettes à la Caisse d'amortissement de la dette sociale**

Une fraction supplémentaire de CSG « toutes assiettes » est transférée à la CADES au titre du financement de la reprise de dette présentée à l'article 20 du présent projet de loi. L'impact d'un tel transfert pèse sur la branche maladie, la branche famille et le Fonds de solidarité vieillesse (assiette « capital »). Cet impact est réparti à la hauteur de la capacité contributive des branches encore endettées (maladie et famille) sur les exercices ultérieurs.

• **La neutralisation des effets différenciés entre branches de la compensation et des transferts entre l'Etat et la sécurité sociale**

La compensation du renforcement des allègements généraux de cotisations patronales et des pertes de recettes qui en découlent conduisent à instaurer de nouveaux circuits de financements entre les différents acteurs concernés :

- la sécurité sociale bénéficie de l'affectation d'une fraction de TVA supplémentaire par l'Etat, en compensation de la totalité des pertes de recettes prévues (hors mesures sur le forfait social, les heures supplémentaires, la CSG remplacement et les taxes sur les farines) ainsi que de la réaffectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital ;
- la majeure partie de cette fraction revient à la branche maladie, qui en demeure le seul affectataire au sein des régimes obligatoires de base pour des raisons de simplicité des flux financiers entre l'Etat et la sécurité sociale. Il est donc nécessaire de réaffecter une partie des recettes de la branche maladie. En premier lieu, une fraction de la taxe sur les salaires sera réaffectée à l'ACOSS pour 2019, afin de maintenir une compensation à l'euro de l'UNEDIC s'agissant des pertes de cotisations patronales. En second lieu, une fraction de CSG sera affectée au Fonds de solidarité vieillesse et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au titre de la compensation de la réaffectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital à l'Etat ;
- une partie de la TVA compensatoire est affectée par le projet de loi de finances directement à l'ACOSS, qui prendra en charge intégralement les pertes de recettes liées au renforcement des allègements généraux pour les régimes vieillesse complémentaires. Le montant de TVA a été fixé au niveau prévisionnel du coût du dispositif ; le solde d'exécution sera quant à lui mis à la charge de la branche vieillesse du régime général. Il s'agit d'une solution transitoire, qui préfigure la réforme systémique des retraites et sera naturellement revue dans ce cadre.



• **La compensation des pertes de recettes de la branche vieillesse**

L'article procède à la compensation des pertes de recettes de la branche vieillesse, afin d'une part de garantir son équilibre financier et d'autre part de respecter son caractère contributif, dans la perspective de la réforme systémique des retraites annoncée par le Président de la République. Cette compensation est opérée par un transfert d'une fraction du produit de la taxe sur les salaires actuellement affecté à la branche famille.

L'article procède également au transfert d'une recette compensatoire au régime complémentaire obligatoire agricole au titre de la suppression de la taxe sur les farines. Les clés de répartition des droits de consommation sur les alcools seront ainsi modifiées pour faire peser le coût de cette mesure sur le régime de base, et la branche maladie qui est intégrée au régime général.

• **Etendre les capacités d'intervention du FIR dans le secteur médico-social**

La mesure proposée consiste à modifier l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles pour élargir le périmètre du financement du FIR par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au-delà de la seule section I au titre d'actions relevant du secteur médico-social et convergentes avec les missions du FIR : sections IV (promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées) et V (financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées) .

• **Financement exceptionnel des services d'aide à la personne**

Il est prévu la mise à disposition d'une enveloppe financière de 50 M€ financée par la CNSA afin d'accompagner les travaux des conseils départementaux pour faire évoluer l'allocation de ressources des SAAD, annoncés lors du Comité de pilotage national de refondation de l'aide à domicile du 27 septembre 2017. Ils poursuivent l'objectif d'assurer l'accessibilité financière et géographique du service, de permettre une plus grande équité de traitement pour les usagers, de rendre plus lisible l'offre, d'assurer une meilleure transparence tarifaire et de mieux maîtriser les restes à charge pour les usagers. Les travaux engagés portent également sur les stratégies et pratiques des conseils départementaux, la modernisation de leurs outils de pilotage et le renforcement des outils de gestion pour les services. Ces travaux visent à définir une architecture de financement renouvelée. En outre, ces nouvelles modalités de financement doivent permettre aux conseils départementaux de financer des engagements spécifiques de certains SAAD pour garantir l'accessibilité financière et géographique des services à tous les usagers.

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

Les modifications de l'affectation de certaines recettes engendreront des effets redistributifs entre branches de la sécurité sociale qui devront être compensés par réaffectation de recettes en application du 5° du B du V. de l'article L.O.111-3 du même code.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

La majorité des dispositions de l'article n'entre pas dans le champ du droit primaire et dérivé, car il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. Néanmoins, on peut raisonnablement penser que la réaffectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital au budget général de l'Etat – qui a déjà été réalisée par le passé – est conforme au droit de l'Union et notamment à son règlement (CE) n°883/2004 de coordination des régimes de sécurité sociale tel qu'interprété par la jurisprudence de la CJUE

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 131-8 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale seront modifiés, ainsi que les articles L. 14-10-4 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, rétablissement d'un chapitre 1^{er} bis du code général des impôts, les articles L. 731-2 et L. 732-58 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Articles 1600-0-F bis et 1600-0-S du code général des impôts

Section 5 du chapitre 5 du titre 4 du livre 2 du code de la sécurité sociale

3. Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Sans objet pour des dispositions financières générales.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés au 1 ^{er} janvier 2019 (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019	2020	2021	2022
CNAM					
Affectation de TVA (PLF)		+36	+34,5	+32,5	+31
Taxe farines (droit alcools RCO)		-0,06			
Réaffectations de CSG		-8,6			
Réaffectation de TS		-0,9			
CNAF					
Affectation de CSG		+1,3			
Affectation de TS		-1,9			
CNAV					
Affectation de TS		+1,2			
CNSA					
Financement des SAAD		-50			
Affectation de CSG		+2,3			
ACOSS					
Perte de TVA		-9,9			
Affectation de TS + TVA		+6,7			
FSV					
Affectation de CSG		5.1			
Régime général (transfert CADES)			-1,5	-3,5	-5,0

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

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

a) impacts économiques

Néant

b) impacts sociaux

- impact sur les jeunes

Néant

- impact sur les personnes en situation de handicap

Néant

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Néant

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

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

La fusion des prélèvements sociaux sur le capital renforcera la lisibilité et la simplicité des prélèvements obligatoires.

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

Les logiciels de la DGFIP et de l'Acoss devront prendre en compte la nouvelle répartition des recettes fiscales. La conduite parallèle de la mise en œuvre du prélèvement à la source conduira à une vigilance particulière quant au suivi de la mesure et impliquera que des régularisations soient effectuées au premier semestre 2019.

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

L'ensemble des dispositions de la mesure s'appliquent aux faits générateurs intervenant à compter du 1^{er} janvier 2019 en droits constatés.

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

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

Néant

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

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant

d) Suivi de la mise en œuvre

Il n'existe pas de dispositif particulier de suivi. Cette mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficacité.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 131-7 actuel	Article L. 131-7 modifié
Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application. Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi. La règle définie au premier alinéa s'applique également : 1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; 2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée. A compter de la date de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'Etat et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'Etat. Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable aux réductions et exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4, L. 241-13, au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et aux articles L. 613-1 et L. 621-3, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3.	Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application. Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi. La règle définie au premier alinéa s'applique également : 1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; 2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée. A compter de la date de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'Etat et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'Etat. Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable aux réductions et exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4, L. 241-13, au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et aux articles L. 613-1 et L. 621-3, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3. , et l'exonération prévue à l'article L. 241-17 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la loi n° 2018-XXX du ... décembre de financement de la sécurité sociale pour 2019
Article L. 131-8 actuel	Article L. 131-8 modifié
Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous : 1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :	Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous : 1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :

-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 38,48 % ; -à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 48,87 % ; -à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 12,65 % ; 2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ; 3° (Abrogé) ;	-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à ~~38,48~~ % 46,34 % ; -à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à ~~48,87~~ % 36,09 % ; -à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à ~~12,65~~ % 6,79 % ; - à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour une fraction correspondant à 10,78 % ; 2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ; ~~3°~~(Abrogé) ; 3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III de l'article L. 136-8 du présent code est versé : a) A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,95 % ; b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4 du présent code, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret, et pour la part correspondant à un taux de : - De 5,97 % pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L136-8 du présent code ; - De 7,35 % pour la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L136-8 ; - De 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II de l'article L136-8 ; - De 5,03 % pour les revenus mentionnés au 2° du II de l'article L136-8 ; - De 2,25 % pour les revenus mentionnés au III de l'article L136-8 ; c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,30 % ; d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° de l'article L. 136-8, pour la part correspondant au taux de 1,45 % ; e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II de l'article L. 136-8 pour la part correspondant à un taux de 1,72 % ; f) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code pour la part correspondant à un taux de 0,23 % » ;

4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ; 5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, L. 137-18 et L. 137-19 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ; 6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ; 7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé : a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,56 % ; b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débiteurs de tabac, pour une fraction correspondant à 0,44 %. 8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le produit de cette même taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1 à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le solde du produit de la taxe est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.	3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé : a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 8,6 % ; b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ; 3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti : a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ; b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 %. » ; 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ; 5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, L. 137-18 ~~et L. 137-19~~ et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ; 6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ; 7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé : a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,56 % ; b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débiteurs de tabac, pour une fraction correspondant à 0,44 %. 8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le produit de cette même taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1 à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le solde du produit de la taxe est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.
Article L. 135-3 actuel	Article L. 135-3 modifié
L-Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par : 1° Une fraction, fixée au IV bis de l'article L. 136-8, du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;	~~L-Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par :~~ ~~1° Une fraction, fixée au IV bis de l'article L. 136-8, du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;~~

2° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;	<i>2° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;</i> Les recettes du fonds sont constituées par une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions prévues à l'article L. 131-8.
Article L. 136-6-1 actuel	Article L. 136-6-1 modifié
1. Les revenus mentionnés à l'article 204 C du code général des impôts, lorsqu'ils sont soumis à la contribution prévue à l'article L. 136-6 du présent code, dans les conditions prévues au III du même article L. 136-6, ou lorsqu'ils entrent dans le champ d'application du II bis de l'article L. 136-5, donnent lieu, l'année de leur réalisation ou celle au cours de laquelle le contribuable en a la disposition, à un prélèvement acquitté par le contribuable dans les mêmes conditions et selon la même périodicité de versement que celles applicables à l'acompte prévu au 2° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts. 2. L'assiette du prélèvement afférent aux revenus mentionnés au 1 du présent article est déterminée par application des règles définies à l'article 204 G du code général des impôts. Le montant du prélèvement est calculé en appliquant à cette assiette le taux des contributions prévues, selon le cas, aux articles L. 136-1 ou L. 136-6 du présent code et aux articles 14 ou 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-14 du présent code et de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, afférents à ces mêmes revenus. Les demandes présentées en application des articles 204 J à 204 L du code général des impôts s'appliquent également aux prélèvements définis au présent article. 3. Le montant du prélèvement payé au cours d'une année s'impute sur le montant des contributions et prélèvements mentionnés au deuxième alinéa du 2 du présent article dû au titre de cette même année. S'il excède le montant dû, l'excédent est restitué. 4. Le prélèvement est recouvré et contrôlé selon les mêmes modalités et sous les mêmes garanties, sanctions et sûretés que l'acompte prévu au 2° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts.	1. Les revenus mentionnés à l'article 204 C du code général des impôts, lorsqu'ils sont soumis à la contribution prévue à l'article L. 136-6 du présent code, dans les conditions prévues au III du même article L. 136-6, ou lorsqu'ils entrent dans le champ d'application du II bis de l'article L. 136-5, donnent lieu, l'année de leur réalisation ou celle au cours de laquelle le contribuable en a la disposition, à un prélèvement acquitté par le contribuable dans les mêmes conditions et selon la même périodicité de versement que celles applicables à l'acompte prévu au 2° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts. 2. L'assiette du prélèvement afférent aux revenus mentionnés au 1 du présent article est déterminée par application des règles définies à l'article 204 G du code général des impôts. Le montant du prélèvement est calculé en appliquant à cette assiette le taux des contributions prévues, selon le cas, aux articles L. 136-1 ou L. 136-6 du présent code et aux articles 14 ou 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, ~~des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-14 du présent code et de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles~~ et du prélèvement prévu au 1° du I de l'article 235 ter du code général des impôts, afférents à ces mêmes revenus. Les demandes présentées en application des articles 204 J à 204 L du code général des impôts s'appliquent également aux prélèvements définis au présent article. 3. Le montant du prélèvement payé au cours d'une année s'impute sur le montant des contributions et prélèvements mentionnés au deuxième alinéa du 2 du présent article dû au titre de cette même année. S'il excède le montant dû, l'excédent est restitué. 4. Le prélèvement est recouvré et contrôlé selon les mêmes modalités et sous les mêmes garanties, sanctions et sûretés que l'acompte prévu au 2° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts.
Article L. 136-8 actuel	Article L. 136-8 modifié
I.-Le taux des contributions sociales est fixé : 1° A 9,2 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ; 2° A 9,9 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ; 3° A 8,6 % pour la contribution sociale mentionnée au I	I.-Le taux des contributions sociales est fixé : 1° A 9,2 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ; 2° A ~~9,9 %~~ 9,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ; 3° A 8,6 % pour la contribution sociale mentionnée au I

de l'article L. 136-7-1. II.-Par dérogation au I : 1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ; 2° Sont assujetties à la contribution au taux de 8,3 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité. III.-Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts : 1° D'une part, excèdent 10 996 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 936 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 13 011 € pour la première part, majorés de 3 230 € pour la première demi-part et 2 936 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 13 605 €, 3 376 € et 2 936 € ; 2° D'autre part, sont inférieurs à 14 375 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 838 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 726 € pour la première part, majorés de 4 221 € pour la première demi-part et 3 838 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 16 474 €, 4 414 € et 3 838 €. Les seuils mentionnés au présent III sont revalorisés au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. IV.-Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III est versé : 1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ; 2° Abrogé ; 3° Abrogé ; 4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, pour la contribution sur les revenus d'activité en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4 du présent code, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret, et pour la part correspondant à un taux de : a) De 7,75 % pour les contributions mentionnées au 1° du I ; b) De 7,45 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ; c) Abrogé ; d) De 4,75 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;	de l'article L. 136-7-1. II.-Par dérogation au I : 1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ; 2° Sont assujetties à la contribution au taux de 8,3 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité. III.-Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts : 1° D'une part, excèdent 10 996 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 936 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 13 011 € pour la première part, majorés de 3 230 € pour la première demi-part et 2 936 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 13 605 €, 3 376 € et 2 936 € ; 2° D'autre part, sont inférieurs à 14 375 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 838 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 726 € pour la première part, majorés de 4 221 € pour la première demi-part et 3 838 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 16 474 €, 4 414 € et 3 838 €. Les seuils mentionnés au présent III sont revalorisés au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. <i>IV.-Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III est versé :</i> <i>1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ;</i> <i>2° Abrogé ;</i> <i>3° Abrogé ;</i> <i>4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, pour la contribution sur les revenus d'activité en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4 du présent code, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret, et pour la part correspondant à un taux de :</i> <i>a) De 7,75 % pour les contributions mentionnées au 1° du I ;</i> <i>b) De 7,45 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ;</i> <i>c) Abrogé ;</i> <i>d) De 4,75 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;</i>

e) De 6,85 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ; f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III. 5° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,30 %. IV bis.-Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé : 1° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 9,3 % ; 2° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 %. V.-Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti : 1° A la Caisse nationale des allocations familiales, pour 18 % ; 2° Abrogé ; 3° Abrogé ; 4° A la Caisse nationale de l'assurance maladie, pour 82 %. VI.-1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article. 2. Il en est de même pour les produits recouvrés simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 et pour les produits mentionnés aux I et III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée. 3. Pour l'application du présent VI, le montant global des contributions et prélèvements sociaux mentionnés à l'article L. 138-21 qui est reversé par l'Etat à l'agence est réparti entre les affectataires de ces contributions et prélèvements au prorata des taux des contributions et prélèvements qui leur sont affectés à la date de leur fait générateur.	~~e) De 6,85 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;~~ ~~f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III.~~ ~~5° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,30 %.~~ ~~IV bis.-Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé :~~ ~~1° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 9,3 % ;~~ ~~2° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 %.~~ ~~V.-Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :~~ ~~1° A la Caisse nationale des allocations familiales, pour 18 % ;~~ ~~2° Abrogé ;~~ ~~3° Abrogé ;~~ ~~4° A la Caisse nationale de l'assurance maladie, pour 82 %.~~ VI.-1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article, et à l'article L. 131-8. 2. Il en est de même pour les produits recouvrés simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 et pour les produits mentionnés aux I et III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée. 3. Pour l'application du présent VI, le montant global des contributions et prélèvements sociaux mentionnés à l'article L. 138-21 qui est reversé par l'Etat à l'agence est réparti entre les affectataires de ces contributions et prélèvements au prorata des taux des contributions et prélèvements qui leur sont affectés à la date de leur fait générateur.
Article L. 138-21 actuel	Article L. 138-21 modifié
Les contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du présent code, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du présent code, au 2° du I de l'article 1600-0-5 du code général des impôts et à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale pour son renvoi à l'article L. 136-7 du présent code sont déclarés et versés simultanément par les établissements payeurs. Les acomptes dus en application du IV du même article L. 136-7 en ce qu'il s'applique aux contributions et prélèvements mentionnés au premier alinéa du présent article autres que la contribution définie audit article L. 136-7 sont déterminés sur la base de l'assiette de cette contribution et font l'objet d'un versement global.	~~Les contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du présent code, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du présent code, au 2° du I de l'article 1600-0-5 du code général des impôts~~ Les prélèvements définis aux articles L. 136-7 du présent code et 235 ter du code général des impôts et à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale pour son renvoi à l'article L. 136-7 du présent code sont déclarés et versés simultanément par les établissements payeurs. Les acomptes dus en application du IV du même article L. 136-7 en ce qu'il s'applique aux contributions et prélèvements mentionnés au premier alinéa du présent article autres que la contribution définie audit article L.

	136-7 sont déterminés sur la base de l'assiette de cette contribution et font l'objet d'un versement global.
Section 5 : Prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement	<i>(abrogé)</i>
Article L. 245-14 actuel	
Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à un prélèvement sur les revenus et les sommes mentionnés aux I et II de l'article L. 136-6. Sont également soumises à ce prélèvement, à raison des revenus mentionnés au I bis de l'article L. 136-6 du présent code, les personnes physiques qui ne sont pas fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. Les dispositions du III de l'article L. 136-6 sont applicables à ce prélèvement.	<i>(abrogé)</i>
Article L. 245-15 actuel	
Les produits de placement assujettis à la contribution prévue aux I à II de l'article L. 136-7 sont assujettis à un prélèvement social. Les dispositions des III à VI de ce même article sont applicables au prélèvement mentionné à l'alinéa précédent.	<i>(abrogé)</i>
Article L. 245-16 actuel	
I. - Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 4,5 %. II. - Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti : - une part correspondant à un taux de 1,38 % à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; - une part correspondant à un taux de 3,12 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1.	<i>(abrogé)</i>
Code de l'action sociale et des familles	
Article L. 14-10-4 actuel	Article L. 14-10-4 modifié
Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par : 1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ; 1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les	Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par : 1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ; 1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les

allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, est supérieur ou égal au seuil mentionné au 2° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5 du même code. Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ; 2° Une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ; 3° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du même code et répartie entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget, pris après avis du conseil mentionné à l'article L. 14-10-3 du même code ; 4° (Abrogé) ; 5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.	allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, est supérieur ou égal au seuil mentionné au 2° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5 du même code. Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ; ~~2° Une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;~~ ~~3° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du même code et répartie entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget, pris après avis du conseil mentionné à l'article L. 14-10-3 du même code ;~~ 3° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 ; 4° (Abrogé) ; 5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.
Article L. 14-10-5 actuel	Article L. 14-10-5 modifié
La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sections distinctes selon les modalités suivantes : I.-Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ainsi qu'au financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux sous-sections. 1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de	La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sections distinctes selon les modalités suivantes : I.-Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ainsi qu'au financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux sous-sections. 1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de

l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Elle retrace : a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, 6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4 ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ; a bis) Abrogé ; b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. 2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'à la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3. Elle retrace : a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, 6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4 ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ; a bis) Abrogé ; b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3. Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice. La dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont imputées sur les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.	l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Elle retrace : a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4, 6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4, une fraction comprise entre 1,8 % et 2,5 % du produit mentionné au 3° du même article, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ; a bis) Abrogé ; b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. 2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'à la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3. Elle retrace : a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4, 6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4, une fraction de 7,1 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ; a bis) Abrogé ; b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3. Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice. La dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont imputées sur les fractions du produit des contributions

II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace : 1° En ressources : a) 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 et une fraction comprise entre 74 % et 82 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ; b) 61,4 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4 ; c) Une contribution annuelle versée par la Caisse nationale d'assurance maladie, correspondant aux remboursements par des Etats membres de l'Union européenne, d'autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, des sommes attribuées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie par les départements aux titulaires de prestations de sécurité sociale les faisant relever de la compétence de ces Etats en matière d'assurance maladie ; 2° En charges : a) Un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1° du présent II, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6 ; b) La contribution mentionnée au c du 1° du présent II reversée aux départements mentionnés au même c, dans des conditions et selon des modalités, notamment en ce qui concerne l'échange et le traitement de certaines données à caractère personnel, fixées par décret en Conseil d'Etat. Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée. III. - Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace : a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ; b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7. Elle retrace également en charges la subvention mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 146-4-2, dont le montant est fixé et réparti par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et des affaires sociales. Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité	mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace : 1° En ressources : a) 20 % du produit ~~des contributions mentionnées aux 1° et 2° de la contribution mentionnée au 1°~~ de l'article L. 14-10-4 et une fraction comprise entre ~~74 %~~ 64,3 % et ~~82 %~~ 67,5 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ; b) 61,4 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4 ; c) Une contribution annuelle versée par la Caisse nationale d'assurance maladie, correspondant aux remboursements par des Etats membres de l'Union européenne, d'autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, des sommes attribuées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie par les départements aux titulaires de prestations de sécurité sociale les faisant relever de la compétence de ces Etats en matière d'assurance maladie ; 2° En charges : a) Un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1° du présent II, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6 ; b) La contribution mentionnée au c du 1° du présent II reversée aux départements mentionnés au même c, dans des conditions et selon des modalités, notamment en ce qui concerne l'échange et le traitement de certaines données à caractère personnel, fixées par décret en Conseil d'Etat. Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée. III. - Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace : a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit ~~des contributions visées aux 1° et 2° de la contribution visée au 1°~~ de l'article L. 14-10-4 et une fraction comprise entre 4,6% et 5,4% du produit mentionné au 3° du même article. b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7. Elle retrace également en charges la subvention mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 146-4-2, dont le montant est fixé et réparti par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et des affaires sociales. Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en

sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée. Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. IV.-Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace : 1° En ressources : a) Une fraction comprise entre 4 % et 10 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ; b) Une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 12 % de cette fraction ; c) Une part de la fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis dudit article L. 14-10-4 affectée au a du V du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 4 % de cette fraction ; 2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de professionnalisation de leurs personnels et des intervenants directement employés pour ce faire par les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées, de dépenses d'accompagnement de projets de création et de consolidation de services polyvalents d'aide et de soins à domicile, de dépenses d'accompagnement des proches aidants, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1, de dépenses de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section. V.-Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention,	application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée. Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. IV.-Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace : 1° En ressources : a) Une fraction comprise entre ~~4 %~~3,3% et ~~10 %~~8,2 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ; b) ~~Une part de la fraction~~ Une part des fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° ~~3°~~ de la contribution mentionnée au 1° du même article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 12 % de ~~ces fractions~~ cette fraction ; c) Une part de la fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis dudit article L. 14-10-4 affectée au a du V du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 4 % de cette fraction ; 2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de professionnalisation de leurs personnels et des intervenants directement employés pour ce faire par les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées, de dépenses d'accompagnement de projets de création et de consolidation de services polyvalents d'aide et de soins à domicile, de dépenses d'accompagnement des proches aidants, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1, de dépenses de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section. V.-Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le

dont celles prévues aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 du présent code, et les frais d'études et d'expertise dans les domaines d'action de la caisse :

a) Pour les personnes âgées, ces charges, qui comprennent notamment des concours versés aux départements pour les actions de prévention prévues, respectivement, aux mêmes 1°, 2°, 4° et 6°, pour des montants fixés annuellement par arrêté des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction au moins égale à 23,9 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4, ainsi que par une fraction des ressources prévues au a du 2 du I du présent article, fixées par le même arrêté ;

a bis) Abrogé ;

b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction des ressources prévues au a du III du présent article et une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4, fixées par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget ;

b bis) Abrogé.

V bis. Abrogé.

VI.-Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.

Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

VII.-Une section consacrée à l'aide à l'investissement. Elle retrace :

a) En ressources, pour les exercices 2016, 2017 et 2018, un montant de 100 millions d'euros annuels ;

b) En charges, le financement des opérations mentionnées au a de l'article L. 14-10-9.

champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, dont celles prévues aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 du présent code, et les frais d'études et d'expertise dans les domaines d'action de la caisse :

a) Pour les personnes âgées, ces charges, qui comprennent notamment des concours versés aux départements pour les actions de prévention prévues, respectivement, aux mêmes 1°, 2°, 4° et 6°, pour des montants fixés annuellement par arrêté des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction au moins égale à 23,9 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4, ainsi que par une fraction des ressources prévues au a du 2 du I du présent article, fixées par le même arrêté ;

a bis) Abrogé ;

b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction des ressources prévues au a du III du présent article et une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4, fixées par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget ;

b bis) Abrogé.

V bis. Abrogé.

VI.-Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.

Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

VII.-Une section consacrée à l'aide à l'investissement. Elle retrace :

a) En ressources, , pour les exercices 2016, 2017 et 2018, un montant de 100 millions d'euros annuels ;

b) En charges, le financement des opérations mentionnées au a de l'article L. 14-10-9.

VIII. – Les sections mentionnées aux IV et V peuvent contribuer au financement du fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et handicapées.

Code général des impôts	
Livre Ier	
Première partie	
Titre I	
Chapitre III	
Section VIII : Prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement	
	Nouvel article 235 ter
	1° Un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale 2° Un prélèvement de solidarité sur les produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du même code. II. – Le prélèvement de solidarité mentionné au 1° du I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale. Le prélèvement de solidarité mentionné au 2° du même I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale. III. – Le taux des prélèvements de solidarité mentionnés au I est fixé à 7,5 %.
Deuxième partie	
Article 1600-0 F bis actuel	
I. – Le prélèvement social sur les revenus du patrimoine est établi conformément aux dispositions de l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale. II. – Le prélèvement social sur les produits de placements est établi conformément aux dispositions de l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale. III. – Le taux des prélèvements mentionnés aux I et II est fixé par l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale.	<i>(abrogé)</i>

Article 1600-0-S actuel	
I. – Il est institué : 1° Un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale ; 2° Un prélèvement de solidarité sur les produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du même code. II. – Le prélèvement de solidarité mentionné au 1° du I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale. Le prélèvement de solidarité mentionné au 2° du même I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale. III. – Le taux des prélèvements de solidarité mentionnés au I est fixé à 2 %. IV. – Le produit des prélèvements de solidarité mentionnés au I est affecté à l'Etat.	(abrogé)
Code rural et de la pêche maritime	
Article L. 731-2 actuel	Article L. 731-2 modifié
Le financement des assurances maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par : 1° Les cotisations dues par les assujettis ; 2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ; 3° abrogé ; 4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ; 5° Une fraction égale à 55,77 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ; 6° (Abrogé) ; 7° (Abrogé) ; 8° (Abrogé) ; 9° (Abrogé) ; 10° (Abrogé) ; 11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ; 12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;	Le financement des assurances maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par : 1° Les cotisations dues par les assujettis ; 2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ; 3° abrogé ; 4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ; 5° Une fraction égale à ~~55,77 %~~ 53,08 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ; 6° (Abrogé) ; 7° (Abrogé) ; 8° (Abrogé) ; 9° (Abrogé) ; 10° (Abrogé) ; 11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ; 12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;

13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie destinée à assurer l'équilibre financier de la branche dans les conditions fixées par l'article L. 134-11-1 du code de la sécurité sociale ; 14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ; 15° Toute autre ressource prévue par la loi.	13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie destinée à assurer l'équilibre financier de la branche dans les conditions fixées par l'article L. 134-11-1 du code de la sécurité sociale ; 14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ; 15° Toute autre ressource prévue par la loi.
Article L. 732-58 actuel	Article L. 732-58 modifié
Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé : - par le produit des cotisations dues, au titre de ce régime, par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour leurs propres droits et, le cas échéant, pour les droits des bénéficiaires mentionnés au IV de l'article L. 732-56 ; - par une fraction, fixée à 4,18 %, du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du code général des impôts ; - par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1609 viciés du code général des impôts ; - par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 septies du même code. Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après : - par les contributions et subventions de l'Etat ; - les prestations prévues à l'article L. 732-60 ; - les frais de gestion.	Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé : - par le produit des cotisations dues, au titre de ce régime, par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour leurs propres droits et, le cas échéant, pour les droits des bénéficiaires mentionnés au IV de l'article L. 732-56 ; - par une fraction, fixée à ~~4,18%~~ 6,87 %, du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du code général des impôts ; - par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1609 viciés du code général des impôts ; - ~~par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 septies du même code.~~ Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après : - par les contributions et subventions de l'Etat ; - les prestations prévues à l'article L. 732-60 ; - les frais de gestion.
F du II de l'article 28 de la loi n° 2017-1775 du 28 décembre 2017 de finances rectificative pour 2017 actuel	F du II de l'article 28 de la loi n° 2017-1775 du 28 décembre 2017 de finances rectificative pour 2017 modifié
(..) F.-L'abattement mentionné au A est également applicable aux plus-values prises en compte pour la détermination de l'assiette des contributions prévues à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale et à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, de la taxe mentionnée à l'article 1609 nonies G du code général des impôts. III.-Le Gouvernement remet au Parlement avant le 1er septembre 2020 une évaluation de l'abattement prévu au II du présent article qui apprécie l'efficacité du dispositif mis en place, la pertinence des conditions établies et les modalités de contrôle des engagements pris par les cessionnaires.	(..) F.-L'abattement mentionné au A est également applicable aux plus-values prises en compte pour la détermination de l'assiette des contributions prévues à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale et à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale; ~~des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, de la taxe mentionnée à l'article 1609 nonies G du code général des impôts~~ et du prélèvement prévu au 1° du I de l'article 235 ter du code général des impôts. III.-Le Gouvernement remet au Parlement avant le 1er septembre 2020 une évaluation de l'abattement prévu au II du présent article qui apprécie l'efficacité du dispositif mis en place, la pertinence des conditions établies et les modalités de contrôle des engagements pris par les cessionnaires.

M du II de l'article 60 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 actuel	M du II de l'article 60 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 modifié
(...) M.-Les revenus de l'année 2017 mentionnés à l'article 204 C du code général des impôts, lorsqu'ils sont soumis à la contribution prévue à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues au III du même article L. 136-6, ou lorsqu'ils sont soumis à la contribution prévue à l'article L. 136-1 du même code, dans les conditions prévues au II bis de l'article L. 136-5 dudit code, ouvrent droit à un crédit d'impôt dans les mêmes conditions que celles prévues au A du présent II, ainsi qu'à un crédit d'impôt complémentaire dans les mêmes conditions que celles prévues au 3 du E. Le montant du crédit d'impôt est calculé en appliquant au montant des revenus déterminés dans les conditions prévues aux B à F du présent II le taux des contributions prévues, selon le cas, aux articles L. 136-1 ou L. 136-6 du code de la sécurité sociale et aux articles 14 ou 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, afférents à ces mêmes revenus. Le crédit d'impôt prévu au premier alinéa du présent M et le crédit d'impôt complémentaire accordés au titre des revenus de l'année 2017 s'imputent sur les contributions et prélèvements mentionnés au deuxième alinéa et dus, respectivement, au titre des revenus 2017 ou 2018. S'il excède les contributions et prélèvements dus, l'excédent est restitué. Le L du présent II est applicable au crédit d'impôt prévu au premier alinéa du présent M et au crédit d'impôt complémentaire.	(...) M.-Les revenus de l'année 2017 mentionnés à l'article 204 C du code général des impôts, lorsqu'ils sont soumis à la contribution prévue à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues au III du même article L. 136-6, ou lorsqu'ils sont soumis à la contribution prévue à l'article L. 136-1 du même code, dans les conditions prévues au II bis de l'article L. 136-5 dudit code, ouvrent droit à un crédit d'impôt dans les mêmes conditions que celles prévues au A du présent II, ainsi qu'à un crédit d'impôt complémentaire dans les mêmes conditions que celles prévues au 3 du E. Le montant du crédit d'impôt est calculé en appliquant au montant des revenus déterminés dans les conditions prévues aux B à F du présent II le taux des contributions prévues, selon le cas, aux articles L. 136-1 ou L. 136-6 du code de la sécurité sociale et aux articles 14 ou 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, ~~des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles~~ et du prélèvement prévu au 1° du I de l'article 235 ter du code général des impôts, afférents à ces mêmes revenus. Le crédit d'impôt prévu au premier alinéa du présent M et le crédit d'impôt complémentaire accordés au titre des revenus de l'année 2017 s'imputent sur les contributions et prélèvements mentionnés au deuxième alinéa et dus, respectivement, au titre des revenus 2017 ou 2018. S'il excède les contributions et prélèvements dus, l'excédent est restitué. Le L du présent II est applicable au crédit d'impôt prévu au premier alinéa du présent M et au crédit d'impôt complémentaire.

Article 20 - Reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS

I. Présentation de la mesure

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

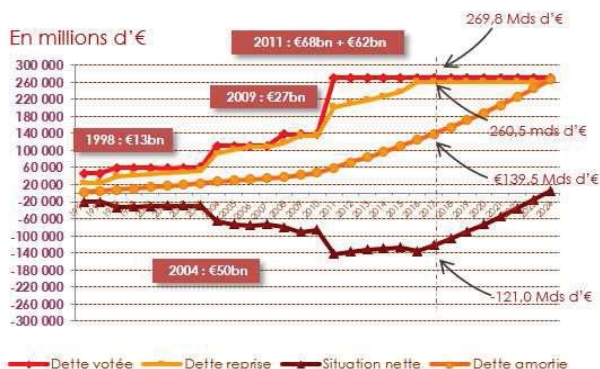
L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) présente un solde de trésorerie négatif qui s'élèverait à fin 2018 à près de 27 Md€. Ce montant couvre des déficits non repris du régime général, mais également du FSV et d'autres régimes comme le régime des exploitants agricoles, ou des mines. Elle couvre également le besoin de financement infra-annuel de l'ACOSS. Cette dette sociale résiduelle est à ce stade financée par des émissions de dette de court terme par l'ACOSS.

Le retour à l'équilibre des comptes du régime général de la sécurité sociale est désormais prévu dès 2019 et permettra de dégager en 2020 un net excédent par rapport aux prévisions de dépenses.

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.

Alors que les comptes sociaux sont désormais proches de l'équilibre, il sera par ailleurs impératif de les maintenir durablement dans cette situation.

Actuellement, les plafonds de reprise de dette de la CADES fixés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 en application de l'allongement de 4 ans autorisé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 sont saturés. En effet, loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a autorisé une dernière reprise pour un montant de 23,6 milliards d'euros afin de placer la dette sociale à long terme aux taux les plus intéressants. Aucune reprise n'est ainsi possible à ce jour sans qu'une ressource supplémentaire soit affectée à la CADES.



Rappel des montants votés, repris, et amortis par la CADES depuis 1996 (source : CADES)

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

a) Mesure proposée

Le rapport sur « les relations financières entre l'État et la sécurité sociale » rendu par le gouvernement en application de l'article 27 de la loi du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques (LFPF) pour les années 2018 à 2022 préconise l'apurement de la dette résiduelle de la sécurité sociale qui n'a pas encore été transférée à la CADES. Ce transfert de dette correspond à l'application rigoureuse des règles qui ont prévalu depuis la création de la caisse d'amortissement de la dette sociale en 1996.

Il est proposé d'effectuer une nouvelle et dernière reprise de dette par la CADES, dont le régime est régi par l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Les contraintes à respecter sont les suivantes :

- **Une reprise de dette nouvelle ne peut avoir pour conséquence d'allonger l'horizon d'apurement de la dette sociale, fixé actuellement à 2024.** Cette règle implique que tout nouveau transfert de dette à la CADES soit accompagné des recettes garantissant un apurement en 2024 (cf. décision n° 2010-620 DC du 16 décembre 2010 : « considérant (...) que la loi de financement de la sécurité sociale doit prévoir l'ensemble des

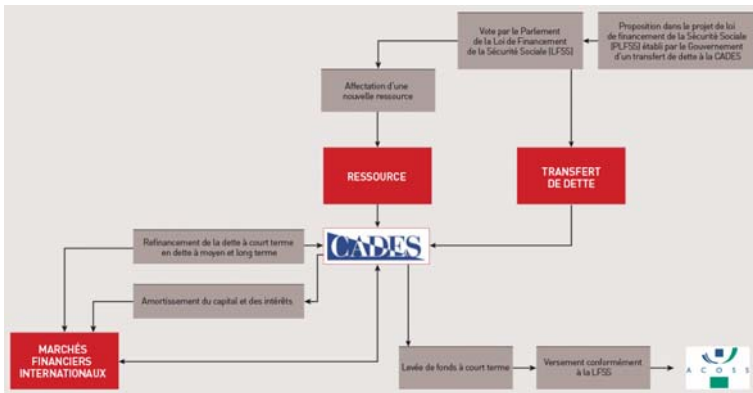
ressources affectées au remboursement de la dette sociale jusqu'au terme prévu pour celui-ci ; qu'il appartient au Conseil constitutionnel de vérifier que ces ressources sont suffisantes pour que ce terme ne soit pas dépassé. »). Cette contrainte particulièrement vertueuse du point de vue des finances publiques, oblige à affecter des recettes à l'apurement de la dette, de manière à garantir le remboursement qui est l'objet de la mesure décidée par le législateur et réduisant ainsi automatiquement le niveau d'endettement.

- Les **recettes affectées à la CADES pour l'apurement de la dette sociale doivent être stables et prévisibles**, corollaire de l'obligation mentionnée ci-dessus. De ce point de vue, le Conseil constitutionnel mentionne bien le fait que ces recettes « porte[nt] sur l'ensemble des revenus perçus par les contribuables personnes physiques »¹ au titre des conditions de validation de l'affectation d'impositions de toutes natures à la caisse. La fraction de CSG affectée à la CADES peut donc être accrue en contrepartie d'une nouvelle reprise sans risque au regard de la jurisprudence constitutionnelle, et elle constitue même la seule recette de la sécurité sociale susceptible d'être affectée sans risque juridique.
- Les **recettes affectées ne doivent pas avoir pour conséquence de créer ou de creuser un déficit pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale** (selon les termes de la décision n° 2010-620 DC du 16 décembre 2010, « les lois de financement de la sécurité sociale ne peuvent pas conduire, par un transfert sans compensation au profit de ladite caisse d'amortissement de recettes affectées aux régimes de sécurité sociale et aux organismes concourant à leur financement, à une dégradation des conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale de l'année à venir »).

Dans ces conditions, il est proposé de :

- D'affecter dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 une fraction supplémentaire de contribution sociale généralisée à la CADES à compter de 2020, à hauteur d'environ 1,5 Md€ la première année, 3,5 Md€ en 2021, portés à 5 Md€ en 2022, permettant de voter un plafond de reprise à 15 Md€ d'ici à 2024. Ce montant permet d'apurer près de la moitié de la dette de trésorerie de l'ACOSS, et de solder la quasi-totalité du passif net des branches prestataires des régimes de base et du FSV, inclus dans cette dette de trésorerie.
- De procéder en 2020 à une première reprise de 6 milliards d'euros de la dette résiduelle portée dans la trésorerie de l'ACOSS, qui permettra de placer cette dernière à un horizon de 5 à 6 ans, sécurisant ainsi le risque de taux sur cette dernière ;
- De procéder ensuite à des reprises progressives de 6 milliards puis 3 milliards, le montant et les dates étant fixés dans un unique décret.

NB : l'apurement de la dette restant accumulée à l'ACOSS est réalisé en premier lieu au moyen des reprises, dont le plafond est calculé en tenant compte d'un horizon fixé à fin 2023 s'agissant des recettes supplémentaires cumulées affectées à la CADES. 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 prévue en cours de cette même année. La dette ACOSS est en second lieu réduite par les excédents prévisionnels jusqu'en 2022. Les excédents au-delà de 2022 ne sont donc pas pris en compte à ce stade par prudence.



Modalités opérationnelles d'une reprise de dette (source : CADES)

¹ Décision n° 2010-616 DC du 10 novembre 2010 (cons. 3)

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de laisser l'ACOSS porter cette dette à court terme, en attendant un apurement par excédents. Ceci est toutefois moins pertinent du point de vue financier : l'horizon de la CADES étant lui-même déjà relativement court désormais, reporter l'apurement réduit l'intérêt d'une sécurisation contre le risque de taux, et le gain potentiel d'un placement à taux bas aujourd'hui. En effet, l'intérêt de placer à long terme et au plus vite est double : il s'agit de réduire l'exposition aux variations de taux, en payant de ce point de vue un prix supérieur (placement à moyen terme), mais également de bénéficier du taux de moyen terme le plus bas possible, c'est-à-dire précédant les anticipations de remontée des taux.

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

La reprise de dette par la CADES est effectuée conformément aux dispositions de l'article LO.111-3 V.-A du CSS. :

« Peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, outre celles prévues au B du I, les dispositions ayant un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit, relatives à l'affectation de ces recettes, sous réserve des dispositions de l'article 36 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 précitée, ou ayant un effet sur les dépenses de ces régimes ou organismes. »

Par ailleurs, l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale précise à l'article 4 bis prévoit que les LFSS assurent le respect de l'objectif d'amortissement :

« Sous réserve des dispositions législatives en vigueur à la date de la publication de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation du produit d'impositions de toute nature ou de la réalisation d'actifs affecté à la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale. L'assiette des impositions de toute nature affectées à la Caisse d'amortissement de la dette sociale porte sur l'ensemble des revenus perçus par les contribuables personnes physiques. »

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

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

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi, ainsi que la CADES.

IV. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

L'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, la reprise de dette effectuée par la CADES n'allongeant pas sa durée de vie n'est pas codifié

L'affectation de recettes est néanmoins faite directement dans le code de la sécurité sociale, à l'article L. 131-8 dans sa rédaction résultant du présent projet de loi.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

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

Sans objet pour une mesure financière transversale.

V. Evaluation des impacts**1. Impact financier global**

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en Md€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Branche maladie	0	0	-0.8	-1.9	-2.7
Branche famille			-0.7	-1.5	-2.3

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle**2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse****a) impacts économiques**

La mesure présente un intérêt évident du point de vue des finances publiques, en réduisant l'exposition à un risque de taux d'une dette sociale résiduelle actuellement portée à court terme.

b) impacts sociaux

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés**a) impacts sur les assurés et les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

Sans objet

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

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Décrets fixant les dates et montants infra-annuels de reprise et vote d'autorisations de reprises en LFSS pour 2020, 2021 et 2022.

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

Aucun

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la reprise se fera dans le cadre habituel de tutelle de l'établissement public.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Ordonnance n°12-50 du 24 janvier 1996	
Article 4 actuel	Article 4 modifié
I.-La dette d'un montant de 137 milliards de francs de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations constatée au 31 décembre 1995, correspondant au financement des déficits accumulés au 31 décembre 1995 par le régime général de sécurité sociale et à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1996, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1er janvier 1996. II.-La dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations correspondant, d'une part, au financement des déficits accumulés par le régime général de sécurité sociale constatés au 31 décembre 1997 dans la limite de 75 milliards de francs et, d'autre part, à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1998 dans la limite de 12 milliards de francs, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1er janvier 1998. II bis-La couverture des déficits cumulés de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale arrêtés au 31 décembre 2003 et celui du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à hauteur de 10 milliards d'euros le 1er septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004. La couverture des déficits prévisionnels de la même branche au titre des exercices 2005 et 2006 prévus par les lois de financement de la sécurité sociale de ces mêmes années est assurées par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d'euros. Les montants et les dates des versements correspondants sont fixés par décret, après avis du secrétaire général de la commission instituée à l'article L. 114-1 du même code. II ter.-La couverture des déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale effectués au cours de l'année 2009, dans la limite de 27 milliards d'euros. Ces déficits cumulés sont établis compte tenu des reprises de dette mentionnées aux I, II et II bis du présent article ainsi que des transferts résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale. Dans le cas où le montant total des déficits cumulés	I.-La dette d'un montant de 137 milliards de francs de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations constatée au 31 décembre 1995, correspondant au financement des déficits accumulés au 31 décembre 1995 par le régime général de sécurité sociale et à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1996, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1er janvier 1996. II.-La dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations correspondant, d'une part, au financement des déficits accumulés par le régime général de sécurité sociale constatés au 31 décembre 1997 dans la limite de 75 milliards de francs et, d'autre part, à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1998 dans la limite de 12 milliards de francs, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1er janvier 1998. II bis-La couverture des déficits cumulés de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale arrêtés au 31 décembre 2003 et celui du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à hauteur de 10 milliards d'euros le 1er septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004. La couverture des déficits prévisionnels de la même branche au titre des exercices 2005 et 2006 prévus par les lois de financement de la sécurité sociale de ces mêmes années est assurées par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d'euros. Les montants et les dates des versements correspondants sont fixés par décret, après avis du secrétaire général de la commission instituée à l'article L. 114-1 du même code. II ter.-La couverture des déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale effectués au cours de l'année 2009, dans la limite de 27 milliards d'euros. Ces déficits cumulés sont établis compte tenu des reprises de dette mentionnées aux I, II et II bis du présent article ainsi que des transferts résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale. Dans le cas où le montant total des déficits cumulés

mentionnés à l'alinéa précédent excède 27 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches et organismes fixé à l'alinéa précédent.

Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2008 sont fixés par décret.

II quater. — La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, ainsi que des déficits prévisionnels pour l'exercice 2011 des branches mentionnées aux 1° et 4° du même article L. 200-2, est assurée, au plus tard le 31 décembre 2011, par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 68 milliards d'euros.

Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 68 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches fixé au même alinéa.

Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2010 sont fixés par décret.

II quinquies. — La couverture des déficits des exercices 2011 à 2015 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, déduction faite de la part des déficits de l'exercice 2011 couverte en application du II quater du présent article est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 62 milliards d'euros sur la période. Les versements, dont les dates et montants sont fixés par décret, peuvent faire l'objet d'acomptes provisionnels.

Dans le cas où le montant des déficits mentionnés au premier alinéa du présent II quinquies excède le plafond qui y est cité, les transferts sont affectés, par priorité, à la couverture des déficits de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 dudit code, puis de ceux du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, puis des déficits les plus anciens de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 dudit code et, enfin, des déficits de la branche mentionnée au 4° du même article.

II sexies. — La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime est assurée, au plus tard le 31 décembre 2011, par un transfert de 2 466 641 896,19 € de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

mentionnés à l'alinéa précédent excède 27 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches et organismes fixé à l'alinéa précédent.

Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2008 sont fixés par décret.

II quater. — La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, ainsi que des déficits prévisionnels pour l'exercice 2011 des branches mentionnées aux 1° et 4° du même article L. 200-2, est assurée, au plus tard le 31 décembre 2011, par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 68 milliards d'euros.

Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 68 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches fixé au même alinéa.

Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2010 sont fixés par décret.

II quinquies. — La couverture des déficits des exercices 2011 à 2015 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, déduction faite de la part des déficits de l'exercice 2011 couverte en application du II quater du présent article est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 62 milliards d'euros sur la période. Les versements, dont les dates et montants sont fixés par décret, peuvent faire l'objet d'acomptes provisionnels.

Dans le cas où le montant des déficits mentionnés au premier alinéa du présent II quinquies excède le plafond qui y est cité, les transferts sont affectés, par priorité, à la couverture des déficits de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 dudit code, puis de ceux du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, puis des déficits les plus anciens de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 dudit code et, enfin, des déficits de la branche mentionnée au 4° du même article.

II sexies. — La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime est assurée, au plus tard le 31 décembre 2011, par un transfert de 2 466 641 896,19 € de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

II septies.- La couverture des déficits des exercices 2014 à 2018 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L° 135-1 du même code, déduction faite de la part des déficits des exercices 2014 et 2015 couverte en application du II quinquies du présent article, est assurée par des

III.-Dans la limite totale de 3 milliards de francs, la Caisse d'amortissement de la dette sociale verse au cours de l'année 1996 au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles visée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale : -dans la limite d'un milliard de francs un apport, destiné à apurer en tout ou partie le report à nouveau négatif au 31 décembre 1995 ; -pour le reliquat, une recette exceptionnelle concourant au financement du déficit prévisionnel de l'exercice 1996 compte non tenu de la recette visée au 3° de l'article L. 612-1 du code de la sécurité sociale ; IV.-La caisse verse chaque année au budget général de l'Etat, de l'année 1996 à l'année 2000, une somme de 12,5 milliards de francs et, en 2001, une somme de 12,15 milliards de francs. Elle verse une somme de 3 milliards d'euros chaque année, de 2002 à 2005. V.-La caisse verse le 1er avril 2003 la somme de 1 096 969 089,92 Euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Elle verse à la même date, au titre de la créance relative aux exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale constatée dans les comptes de chacun des régimes au titre de l'exercice 2000, la somme de 171 465 344,88 Euros à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la somme de 10 484 547,75 Euros à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, la somme de 2 118 360,20 Euros à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et la somme de 1 801 493,21 Euros à l'Etablissement national des invalides de la marine. VI.-La caisse verse le 1er avril 2004 la somme de 1 097 307 635,44 Euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. VII. — Sont considérées comme définitives les opérations de produits et de charges dans les comptes clos des branches du régime général et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale au titre des exercices ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures de transfert mentionnées au présent article,	transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 15 milliards d'euros. Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 15 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches fixé au même alinéa. Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2018 sont fixés par décret. III.-Dans la limite totale de 3 milliards de francs, la Caisse d'amortissement de la dette sociale verse au cours de l'année 1996 au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles visée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale : -dans la limite d'un milliard de francs un apport, destiné à apurer en tout ou partie le report à nouveau négatif au 31 décembre 1995 ; -pour le reliquat, une recette exceptionnelle concourant au financement du déficit prévisionnel de l'exercice 1996 compte non tenu de la recette visée au 3° de l'article L. 612-1 du code de la sécurité sociale ; IV.-La caisse verse chaque année au budget général de l'Etat, de l'année 1996 à l'année 2000, une somme de 12,5 milliards de francs et, en 2001, une somme de 12,15 milliards de francs. Elle verse une somme de 3 milliards d'euros chaque année, de 2002 à 2005. V.-La caisse verse le 1er avril 2003 la somme de 1 096 969 089,92 Euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Elle verse à la même date, au titre de la créance relative aux exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale constatée dans les comptes de chacun des régimes au titre de l'exercice 2000, la somme de 171 465 344,88 Euros à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la somme de 10 484 547,75 Euros à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, la somme de 2 118 360,20 Euros à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et la somme de 1 801 493,21 Euros à l'Etablissement national des invalides de la marine. VI.-La caisse verse le 1er avril 2004 la somme de 1 097 307 635,44 Euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. VII. — Sont considérées comme définitives les opérations de produits et de charges dans les comptes clos des branches du régime général et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale au titre des exercices ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures de transfert mentionnées au présent article, sous réserve

sous réserve qu'il s'agisse d'opérations réciproques entre ces organismes et qu'aucune disposition législative ne prévoie qu'il s'agit d'acomptes.	qu'il s'agisse d'opérations réciproques entre ces organismes et qu'aucune disposition législative ne prévoie qu'il s'agit d'acomptes.
Article 6 actuel	Article 6 modifié
Les ressources de la Caisse d'amortissement de la dette sociale sont constituées par : 1° Le produit des contributions instituées par le chapitre II. Ce produit est versé à la caisse, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, s'agissant du produit correspondant à la contribution mentionnée à l'article 14, et par l'Etat, s'agissant du produit correspondant aux contributions mentionnées aux articles 15 à 18 ; 2° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. Cette fraction est fixée aux IV et IV bis de l'article L. 136-8 du même code ; 3° Abrogé ; 4° Les versements du Fonds de réserve pour les retraites dans les conditions fixées au dernier alinéa du I et au II de l'article L. 135-6 du même code.	Les ressources de la Caisse d'amortissement de la dette sociale sont constituées par : 1° Le produit des contributions instituées par le chapitre II. Ce produit est versé à la caisse, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, s'agissant du produit correspondant à la contribution mentionnée à l'article 14, et par l'Etat, s'agissant du produit correspondant aux contributions mentionnées aux articles 15 à 18 ; 2° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. Cette fraction est fixée ~~aux IV et IV bis de l'article L. 136-8~~ au c du 3° et au b du 3° bis de l'article L. 131-8 du même code ; 3° Abrogé ; 4° Les versements du Fonds de réserve pour les retraites dans les conditions fixées au dernier alinéa du I et au II de l'article L. 135-6 du même code.

Article 27 - Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé

I. Présentation de la mesure

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

La tarification actuelle du système de soins, principalement fondée sur le paiement à l'acte et à l'activité et dans lequel un tarif de soin supérieur n'est pas synonyme d'une qualité supérieure, ne prend pas en compte de façon explicite la qualité des soins. Le système actuel ne permet ainsi pas suffisamment (malgré le processus de certification) de s'assurer que les gains d'efficacité réalisés ne se réalisent pas au détriment de la qualité et de la pertinence des soins. La complexité et la lourdeur des échelles de tarification (GHS et CCAM), les contrôles peu suivis d'effets et le lien direct entre la rémunération individuelle et la réalisation des actes expliquent largement ces risques.

Les dispositifs de paiement à la qualité visent ainsi, en complément des systèmes de tarification traditionnels, à favoriser une amélioration du service rendu à la population pour un niveau de ressources donné et à garantir que les gains d'efficacité réalisés ne se font pas au détriment de la qualité des prises en charges. Ils visent à enclencher et renforcer les démarches d'amélioration continue de la qualité. Le signal envoyé aux acteurs du système de santé doit permettre d'inciter à une réorientation des pratiques et des modalités de prise en charge, au bénéfice de la qualité.

La mesure vise ainsi à étendre le dispositif actuel de rémunération à la qualité (IFAQ) afin de le rendre plus incitatif et de favoriser son évolution vers plus de lisibilité et une orientation plus forte vers des indicateurs de résultat et la prise en compte des résultats et expériences rapportés par les patients.

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

a) Mesure proposée

La loi prévoit que les établissements de santé exerçant les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie et de soins de suite et de réadaptation bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement.

Il est proposé d'étendre cette disposition aux établissements de santé exerçant des activités de psychiatrie en 2021

Cette dotation complémentaire valorisant la qualité a vocation à représenter une part significative du financement des établissements de santé afin d'être incitative, sachant que les comparaisons étrangères montrent que ce type de rémunération représente à l'étranger entre 0,5% et 3% du financement des établissements.

Pour 2019, le montant total alloué au titre de cette dotation s'élèverait à 300 M€ financés par redistribution des ressources actuelles. Ce montant serait réparti entre les activités MCO, SSR et HAD proportionnellement à leur chiffre d'affaires, en fonction des résultats atteints par les établissements sur une série d'indicateurs. Pour chaque indicateur, la moitié de l'enveloppe serait consacrée à la rémunération des établissements ayant connu la plus forte progression, la seconde moitié serait réservée aux établissements ayant les meilleurs résultats (trois ou quatre meilleurs déciles) au sein de sa catégorie. Celle-ci sera liée à la variété du case mix de l'établissement.

Les indicateurs qualité, peu nombreux en 2019, seront progressivement complétés ou remplacés tout en restant limités (10 maximum). Pour 2019, les indicateurs retenus seront ceux d'ores et déjà disponibles, et seront détaillés par arrêté.

Afin de mieux prendre en compte les problématiques de non-qualité, la mesure prévoit également la possibilité d'appliquer une pénalité aux établissements lorsque ceux-ci n'attendraient pas, pendant trois années consécutives, un seuil minimal pour certains indicateurs de qualité. Ce système de pénalité sera introduit à partir de 2020. Il est proposé que cette pénalité soit plafonnée à 0,5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

A titre illustratif, un établissement dont les recettes annuelles s'élèveraient à 100 M€ et dont la dotation au titre de la qualité s'élèverait à 1 M€ et le malus au titre de la non qualité s'élèverait à 2 M€ se verrait appliquer une pénalité de 1 M€ avant prise en compte du plafond. Le plafond, correspondant à 0,5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement, s'établissant à 500 K€, la pénalité appliquée à l'établissement s'élèverait in fine à 500 K€.

b) Autres options possibles

Une alternative possible aux dispositifs de financement à la qualité via un intéressement est la modulation à la qualité, soit directement au sein des tarifs, soit en combinaison avec des forfaits.

Dans la vision cible de la réforme de la tarification, des modulations à la qualité interviendront en complément de nouvelles modalités de tarifications, telles que les forfaits pour les pathologies chroniques ou les paiements à l'épisode de soins. Ils ne pourront pas néanmoins à moyen terme couvrir l'ensemble des pathologies et des actes.

Dans ces conditions, la généralisation d'un financement significatif à la qualité pour l'ensemble des professionnels apparaît indispensable, en complément de ces modulations à la qualité qui porteront sur des pathologies spécifiques et seront introduites progressivement.

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

La place de cette mesure en LFSS est justifiée par son impact financier sur les dépenses de l'année et des années ultérieures (cf. 1° et 2° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS).

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAV et de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, les conseils de la CNAM, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général sont saisis pour avis en application des dispositions prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

L'article L. 162-22-20 du code de la sécurité sociale est modifié

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact brut de cette mesure est de 300 M€ qui correspond à la masse financière qui sera consacrée en 2019 à cette tarification à l'activité. Néanmoins, cette dotation à la qualité serait financée par redistribution à l'intérieur du sous objectif « établissement de santé », elle n'a donc en ce sens pas d'impact sur l'équilibre global. Toutefois, étant donné que ce financement sera désormais versé sous forme forfaitaire, il ne sera plus soumis à la croissance tendancielle de l'activité. Sous l'hypothèse d'une croissance globale de 2% de l'activité, la moindre dépense liée à la forfaitisation de 300M€ en 2019 est donc de 6M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
		+6			

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

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

a) impacts économiques

De manière indirecte l'incitation à la qualité des soins peut inciter les offreurs à réduire l'offre de soins.

b) impacts sociaux

Sans objet

- Impact sur les jeunes

Sans objet

- Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Sans objet

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

Modification des chaînes de facturation de l'assurance maladie et implication de différentes administrations dans le cadre du recueil et traitement des indicateurs qualité

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

Mesure gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Un décret en conseil d'Etat sera nécessaire pour définir les modalités de mise en œuvre de la mesure.

Un arrêté fixera la liste des indicateurs

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

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

Un dispositif de contrôle du recueil des indicateurs qualité par les établissements sera mis en place

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-23-15 actuel du code de la sécurité sociale	Article L 162-23-15 modifié du code de la sécurité sociale
Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par établissement. Un décret en Conseil d'Etat précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul par établissement sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	I.- Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire <i>lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par établissement.</i> lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement. II.- Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés. Lorsqu'un établissement mentionné au premier alinéa du I n'atteint pas, pendant trois années consécutives, un tel seuil minimal, pour un même indicateur, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné. Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. Lorsque, pour une année donnée, un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le directeur général de l'agence régionale de santé qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté pendant trois années consécutives. <i>III.- Un décret en Conseil d'Etat précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul par établissement sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</i> III. – Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis annuellement par chaque établissement mentionné au premier alinéa du I et définit les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs.

	Avant le 31 décembre de chaque année, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, fixe les seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs et prévoit les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière.

Article 28 - Financement forfaitaire de pathologies chroniques

I. Présentation de la mesure

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

La tarification à l'activité actuellement en vigueur aujourd'hui ne permet pas de répondre aux enjeux de la prise en charge des pathologies chroniques puisqu'elle ne rémunère que l'épisode pathologique et très peu la prévention de son apparition.

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

L'objectif est ainsi de substituer à la tarification à l'activité et à l'acte un mode de financement forfaitaire visant à assurer aux professionnels et structures prenant en charge ces patients une rémunération leur permettant de mettre en place des actions de prévention, d'éducation du patient et d'assurer la fonction de coordination des soins nécessaire à une prise en charge de qualité de ce type de patients.

a) Mesure proposée

Il s'agit de mettre en place, de manière progressive, un nouveau modèle de financement pour les pathologies chroniques.

Ainsi, en 2019, l'objectif est de financer, pour les activités concernées, l'ensemble des établissements de santé, non plus via les tarifs des GHS et des actes en consultation mais via un forfait annuel versé à chaque établissement.

La mesure de la qualité de la prise en charge ainsi que de l'expérience patient sera mise en place afin de mesurer les effets de cette forfaitisation. Dans un second temps, les forfaits seront être modulés en fonction de ces résultats.

Ce changement de paradigme devra permettre de financer les éléments constitutifs des parcours de soins qui seront élaborés avec les sociétés savantes et orientés vers la prévention : Infirmière de parcours, suivi des outils connectés, applications pour les patients...

La liste des activités concernées sera définie par arrêté. A titre d'illustration, il est envisagé de forfaitiser dès 2019 deux types de pathologies chroniques : le diabète et l'insuffisance rénale chronique.

Ces forfaits devront concerner, dans un second temps, les professionnels de ville dont l'implication est majeure dans la prise en charge des patients atteints de pathologie chronique.

b) Autres options possibles

Une autre option aurait pu être de verser une dotation annuelle à l'établissement. Toutefois, dans cette hypothèse le lien avec l'activité aurait été perdu. Or, l'objectif est d'inciter à des modifications de pratiques orientées davantage vers la prévention donc en lien avec la file active de chaque établissement que de figer les financements actuels.

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

L'inscription en LFSS se justifie par les effets directs de la mesure, en dépenses, sur l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie, en application du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

En effet, la mesure permettra à moyen terme de prévenir les complications liées aux pathologies chroniques et donc de diminuer les dépenses d'assurance maladie. A court terme, la forfaitisation des financements relatifs à certaines activités précédemment financées en T2A permettra de générer une économie pour l'assurance maladie liée au ralentissement de la dynamique de progression de la dépense sur les activités concernées.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Codification de l'article L. 162-22-6-2 et modification de l'article L. 162-22-10.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les forfaits seront financés par redéploiement des financements à l'activité de la prise en charge des pathologies concernées. Ils n'ont donc pas d'impact direct net sur l'ONDAM, même si leur impact brut sera élevé.

La mesure proposée, ayant pour objectif de favoriser la prévention et l'éducation thérapeutique du patient en vue de limiter les complications liées aux pathologies chroniques, devrait permettre, à moyen terme, de diminuer les dépenses liées à ces complications (hospitalisations ...)

Cet impact de moyen terme est cependant difficile à évaluer, et ce d'autant qu'il dépendra du rythme de montée en charge de la mesure.

On peut néanmoins considérer que, dès 2019, la forfaitisation des financements relatifs à certaines activités précédemment financées en T2A permettra de générer une économie pour l'assurance maladie liée au ralentissement de la dynamique de progression de la dépense sur les activités concernées. A titre d'illustration, les dépenses d'assurance maladie consacrées à la prise en charge du diabète et de l'insuffisance rénale chronique ont évolué en moyenne de 2,6% par an pour le diabète et de 2,9% par an pour l'IRC sur la période 2012-2015.

La dynamique annuelle des dépenses d'hospitalisation sur le champ du diabète et de l'IRC représente un montant de l'ordre de 70 M€. On peut considérer que la mesure proposée permettra, dès 2019, de ralentir cette croissance annuelle de l'ordre de 10%, soit une économie pour l'assurance maladie estimée à 7M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
ONDAM		+7	+7	+7	+7

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

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

a) impacts économiques

Les impacts seront limités si les établissements transforment leurs pratiques et se coordonnent davantage avec la ville pour la prise en charge de ce type de patient en se recentrant sur leur fonction de recours à des plateaux techniques spécialisés.

b) impacts sociaux

Améliore l'égalité d'accès à des soins de qualité pour les patients au travers de pratiques mieux codifiées et de parcours mieux encadrés. Cette mesure permet par ailleurs de donner de la visibilité aux patients sur le coût de leur prise en charge et leur éventuel reste à charge sur les soins.

- Impact sur les jeunes

Sans objet

- Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact environnemental

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

Sans objet

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

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

Sans objet

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

La mise en place de ces forfaits aura un impact sur les chaines de facturation de l'assurance maladie

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

Sans objet.

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

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

Décret en conseil d'état et arrêté fixant la liste des activités concernées.

Ces textes seront publiés avant le 1^{er} mars 2019 pour permettre l'application de la mesure dans le cadre de la campagne tarifaire 2019.

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

Mise en œuvre au 1^{er} mars 2019 dans le cadre de la campagne de financement des établissements de santé.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

Des indicateurs qualité seront mis en place dès 2019, ils devront servir ultérieurement à la modulation des forfaits en fonction des résultats obtenus.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
	Article L. 162-22-6-2 nouveau
	Afin d'améliorer le parcours de soins, pour des patients atteints de pathologies chroniques dont la liste est précisée par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des prestations mentionnées aux articles L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1 peut donner lieu, par dérogation aux mêmes articles, à une rémunération forfaitaire.
Article L. 162-22-10 actuel	Article L. 162-22-10 modifié
I.- Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants : 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ; 2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ; 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux, aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2° des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ; 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 ; 5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2. Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés aux 2° et 5° le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis. II.- La Caisse nationale de l'assurance maladie communique à l'Etat, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. II bis. - Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant	I.- Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants : 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ; 2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8, de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 et du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2 ; 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux, aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2° des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ; 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 ; <u>5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2.</u> Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés aux 2° ~~et 5°~~ le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis. II.- La Caisse nationale de l'assurance maladie communique à l'Etat, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. II bis. - Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des

qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations. III.- Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. IV.- Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.	dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations. III.- Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. IV.- Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.
Article L. 162-22-12 actuel	Article L. 162-22-12 modifié
L'Etat arrête le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, minorée, le cas échéant, dans les conditions définies au II de l'article L. 162-22-9-1, de chaque établissement.	L'Etat arrête le montant du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2 , des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, minorée, le cas échéant, dans les conditions définies au II de l'article L. 162-22-9-1, de chaque établissement.
Article L. 162-22-15 actuel	Article L. 162-22-15 modifié
Les forfaits annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14 sont versés aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au d du même article, d'autre part, dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18. Les modalités d'application du présent article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.	Les forfaits ~~annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés,~~ et dotations mentionnés respectivement, aux articles L. 162-22-6-2, L. 162-22-8,, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14 sont versés aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au d du même article, d'autre part, dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18. Les modalités d'application du présent article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.

Article 29 - Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé (art. 51 LFSS 2018)

I. Présentation de la mesure

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

Le dispositif d'expérimentation pour l'innovation du système de santé, prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018, est désormais opérationnel et suscite un vif intérêt des acteurs. Moins d'un an après l'ouverture de ce droit à l'expérimentation, près de 370 porteurs de projets ont déjà manifesté leur intérêt pour ce dispositif et formulé des premières propositions de projets dans le cadre de projets nationaux (réponses aux appels à manifestation d'intérêt) ou à l'initiative des acteurs. Ces résultats, obtenus en quelques mois, résultent d'une importante mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs de la santé.

Cette mobilisation s'est d'abord traduite par la mise en place d'un environnement favorable au pilotage et à l'instruction des projets :

le conseil stratégique de l'innovation en santé, chargé de formuler, d'une part, des propositions sur les innovations dans le système de santé et, d'autre part, un avis en vue de l'éventuelle généralisation des expérimentations, a été installé par la Ministre des solidarités et de la santé le 5 avril dernier. Présidé par la Ministre, il réunit 61 membres issus de l'écosystème en santé.

le comité technique de l'innovation en santé, chargé d'émettre un avis sur les projets d'expérimentation, leur mode de financement et leurs modalités d'évaluation, s'est réuni à 15 reprises depuis le début de l'année. Il est composé des représentants de l'assurance maladie, des directions d'administration centrale, du secrétariat général du ministère et de représentants des ARS.

Une rapporteure générale a été nommée par la Ministre le 28 février dernier. Elle est chargée d'assurer, avec son équipe, le déploiement du dispositif.

Les 17 ARS et organismes locaux d'assurance maladie ont chacun désigné un chef de projet ou référent de ces expérimentations, interlocuteur privilégié des porteurs de projet pour, notamment, aider au montage de leurs projets.

Des outils adaptés ont également été mis à disposition des acteurs de santé pour procéder au dépôt de leur projet :

Une plateforme de dépôt en ligne

Une page dédiée sur le site web du ministère des solidarités et de la santé afin de permettre aux acteurs intéressés par le dispositif d'accéder à des informations et outils: modèles de lettre d'intention et de cahier des charges, supports et comptes rendus du conseil stratégique de l'innovation en santé, appels à manifestation d'intérêt, appels à projets pour les expérimentations nationales (actuellement un appel à projet pour expérimenter un intérêt des acteurs dans le cadre de la prescription de médicaments biosimilaires), etc.

Une plateforme de facturation est en cours de développement par l'assurance maladie, pour garantir une fluidité des versements des fonds dédiés aux porteurs de projets, une fois les expérimentations engagées.

L'année 2018 a ainsi été consacrée à la présentation, l'explicitation et la promotion de ce droit à l'expérimentation, auprès des porteurs de projets potentiels. Plus de 250 entretiens ont à ce titre déjà eu lieu.

C'est ainsi que 8 mois après la promulgation de la loi ayant introduit ce droit à l'expérimentation, un peu moins de 200 lettres d'intention sur des projets à l'initiative des acteurs de santé, ont été déposés auprès des ARS (170 lettres d'intention) ou auprès de la rapporteure générale (environ une vingtaine de lettres d'intention). 7 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.

Outre ces expérimentations innovantes, environ 170 porteurs de projet potentiels ont répondu aux trois appels à manifestation d'intérêt lancés par les pouvoirs publics, dans le cadre de ce droit à l'expérimentation :

- L'appel à manifestation d'intérêt pour le financement à l'épisode de soins en chirurgie
- L'appel à manifestation d'intérêt pour l'incitation financière à la prise en charge partagée
- L'appel à manifestation d'intérêt pour le paiement en équipe de professionnels de santé en ville.

Au total, ce sont donc près de 370 porteurs de projets potentiels qui se sont donc déjà engagés dans le dispositif.

Les dérogations ouvertes en LFSS pour 2018 visaient cependant essentiellement à promouvoir des modes de financement innovants (financement à l'épisode de soins, paiement en équipes de professionnels...).

La concrétisation de la stratégie de transformation du système de santé, annoncée par le Président de la république le 18 septembre, nécessite d'amplifier dès à présent la portée de ces expérimentations pour permettre aux acteurs qui le souhaitent de s'engager plus franchement dans la transformation de leurs organisations.

Le champ de l'article 51 doit ainsi être élargi pour permettre d'intégrer des projets plus ambitieux sur le plan de l'innovation organisationnelle, notamment en ce qui concerne les établissements de santé, ce qui nécessite de déroger aux conditions techniques de fonctionnement relevant du droit des autorisations des activités de soins.

Cet élargissement doit également permettre d'accompagner l'amplification des démarches de territoire et du plan d'égal accès aux soins, en permettant aux praticiens hospitaliers qui le souhaitent d'exercer leur activité libérale « hors les murs », dans le cadre d'une activité mixte ville / hôpital.

Enfin, la mesure proposée doit permettre de lever les différents freins identifiés pour la mise en œuvre des différentes expérimentations lancées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

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

a) Mesure proposée

• *Permettre la pleine application de l'article 51 de la LFSS 2018*

La mesure proposée vise tout d'abord à permettre une application pleine et entière de l'article 51 de la LFSS pour 2018 en simplifiant les démarches pour les porteurs de projets et en levant les freins éventuels identifiés pour la mise en œuvre des différentes expérimentations.

Simplifier les démarches pour les porteurs de projet

Il s'agit tout d'abord de mieux articuler le dispositif de l'article 51 de la LFSS pour 2018 avec le dispositif des protocoles de coopération créé par l'article 51 de la loi HPST qui permet de déroger aux conditions de compétences professionnelles pour organiser des transferts d'actes ou d'activités de soins entre professionnels.

Il s'agit également de mieux articuler le dispositif de l'article 51 de la LFSS pour 2018 avec le dispositif ETAPES prévu initialement pour l'expérimentation de la télémédecine par l'article 36 de la LFSS pour 2014, puis recentré sur la réalisation d'actes de télésurveillance par l'article 54 de la LFSS pour 2018.

L'articulation entre ces dispositifs n'est pas prévue à l'heure actuelle, ce qui oblige les porteurs de projet à s'inscrire en parallèle dans différentes démarches et nuit à la lisibilité respective de ces dispositifs, et ce d'autant plus qu'ils bénéficient en outre de procédures, délais d'instruction et de modalités de financement différentes.

Or de nombreux projets innovants comportent potentiellement un protocole de coopération ou l'utilisation de la télésurveillance, voire combinent un protocole de coopération, l'utilisation de la télésurveillance et d'un financement innovant.

Afin de simplifier ces démarches et de favoriser le développement de tels projets, il est proposé d'articuler au niveau de la loi de ces dispositifs afin de permettre aux porteurs de projets de bénéficier d'un « guichet unique ».

Le processus d'articulation sera précisé au niveau réglementaire. Il est envisagé que le comité technique saisisse, pour les protocoles de coopération, la HAS qui aura un délai de 6 mois pour se prononcer et transmettre son avis au Comité technique. Celui-ci dispose du même délai pour examiner le projet et rendre son avis. Cet avis intègre les coûts induits par la coopération entre professionnels dans le financement général de l'expérimentation. Ce délai de 6 mois permet d'être cohérent avec le délai introduit en LFSS 2018 pour l'examen des protocoles de coopération sur certaines thématiques prioritaires.

• *Lever les freins éventuels identifiés pour la mise en œuvre des différentes expérimentations.*

Le premier frein concerne le statut de la SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) qui constitue la seule structure juridique permettant de rémunérer les exercices coordonnés en ville par les professionnels constitués en maison de santé pluri professionnelle (MSP). A l'heure actuelle, il n'est possible de rémunérer des professionnels exerçant en équipe, via la SISA, uniquement pour des activités de coordination thérapeutiques, de coopération entre professionnels ou d'éducation thérapeutique.

Cette mesure permet, dans un cadre expérimental, de rémunérer directement la structure pour des activités de prise en charge sanitaire, médico-sociale ou sociale réalisées en équipe. L'expérimentation de paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS) est, à titre d'exemple, prévue dès 2019 et s'appuiera sur la dérogation aux articles L. 4041-2 et L. 4042-1 du code de la santé publique encadrant la SISA (pour rémunérer forfaitairement une équipe de professionnels de santé pour le suivi de patients). Il est ainsi nécessaire, dans ce cas, de déroger au cadre actuel de la SISA, et d'élargir son objet. La plupart des candidatures remontées dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt relatif à l'expérimentation PEPS, publié en mai, s'appuient d'ores et déjà sur des SISA et la dérogation sera indispensable à la mise en œuvre effective des nouveaux modes de rémunération.

Ces missions nouvelles des SISA engendreront des dépenses nouvelles pour l'assurance maladie à court terme, mais en permettant des économies à long terme en favorisant le travail en équipe, la libération du temps médical et l'organisation intégrée des soins.

Par ailleurs, dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels (forfait substitutif, intéressement, rémunération collective), le groupement de coopération sanitaire de moyens (GCS) apparaît comme un des vecteurs juridiques potentiels. En effet, en sa qualité de groupement de différents acteurs du système de santé, (centres hospitaliers, professionnels de santé libéraux, maisons de santé,...) il est une personne morale susceptible d'assurer des prises en charge partagées et coordonnées et de percevoir les rémunérations correspondantes mises en place dans le cadre de l'article 51 (IPEP). Parmi les candidatures remontées dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt relatif à l'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (IPEP), prenant la forme d'un intéressement collectif à la maîtrise des dépenses et la qualité des soins, publié également en mai, de nombreux GCS déjà constitués ou en cours de constitution se sont portés candidats. Néanmoins, il n'est pas possible aux GCS, d'assurer une fonction de répartition de rémunération en continue de ses membres. Cela n'est pas non plus souhaitable car trop éloigné de son objet et de celui de ses membres. En revanche, la distribution à ses membres de la rémunération qu'il pourrait percevoir, via le résultat de son exercice budgétaire constitue une modalité plus opérationnelle. A ce jour, l'impossibilité de distribution des bénéfices entre les membres (corollaire du caractère non lucratif du GCS – dernier alinéa article L. 6133-1 du code de la santé publique) neutralise toute possibilité de rémunération collective. Il est donc proposé de prévoir une dérogation au dernier alinéa de l'article L. 6133-1 du code de la santé publique pour permettre la redistribution d'une rémunération (intéressement collectif) aux membres d'un GCS intégrés dans une expérimentation de prise en charge coordonnée.

• Amplifier la portée de l'article 51 de la LFSS 2018 pour accélérer la transformation des organisations et améliorer l'accès aux soins

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, la mesure proposée vise également à amplifier la portée du dispositif pour permettre aux acteurs qui le souhaitent de s'engager plus franchement et plus vite dans la transformation de leurs organisations, notamment s'agissant des établissements de santé.

Dans le cadre des réflexions engagées sur les différents chantiers de la stratégie de transformation du système de santé et du chantier, associé, de réforme des autorisations, trois problématiques sont apparues comme prioritaires :

• Ouvrir la possibilité d'expérimenter de nouvelles organisations hospitalières dérogeant aux conditions techniques de fonctionnement (CTF).

Il s'agirait 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 dès lors qu'elles sont susceptibles de constituer un frein avéré à l'atteinte des objectifs fixés par l'article 51 de la LFSS 2018.

Cette mesure pourrait s'inscrire comme une première démarche permettant de tester en vie réelle une modernisation des CTF au service d'organisations plus efficaces, plus adaptées aux évolutions actuelles des prises en charge. La garantie de qualité et de sécurité des soins sera assurée par le recueil d'un avis obligatoire de la HAS sur tout projet d'expérimentation prévoyant une telle dérogation. La mise en œuvre de ces dérogations entrera donc dans le champ des dérogations nécessitant un avis conforme de la HAS.

• Permettre aux agences régionales de santé d'adapter les autorisations de mise en service de véhicules sanitaires affectés aux transports terrestres aux besoins des établissements de santé.

Le transport de patient est, dans certains cas, pris en charge par les établissements de santé. Sont notamment visés les transports de patients hospitalisés entre deux établissements. Pour la prise en charge de cette dépense, les établissements peuvent faire appel à des sociétés de transport dans le respect du code de la santé publique ou internaliser la prestation. Cette internalisation de la prestation n'exonère pas les établissements du respect des impératifs définis par le code de la santé publique : solliciter un agrément auprès de l'agence régionale de santé et, pour chaque véhicule, disposer d'une autorisation de mise en service délivrée dans le respect d'un quota départemental. Dans le cadre de l'article 80 de la LFSS pour 2017, le principe est de maintenir ce quota départemental pour ne pas bouleverser les équilibres de la régulation. Ce principe étant posé, il peut être utile de tester, dans un cadre expérimental, des modalités alternatives.

• Expérimenter des conditions d'exercice plus souples et plus attractives pour les professionnels médicaux en permettant aux praticiens hospitaliers, dans les zones sous-denses, d'exercer leur activité libérale « hors les murs », dans le cadre d'une activité mixte ville / hôpital.

L'activité libérale des praticiens hospitaliers est soumise à plusieurs conditions dont celle que cette activité s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés (L. 6154-2 du code de la santé publique). Il est proposé de déroger à cette condition pour permettre la réalisation d'une activité libérale « hors les murs » (cabinet de ville, MSP) permettant ainsi d'assurer une présence médicale minimum dans certaines zones /

spécialités. La mise en œuvre de cette dérogation pourrait être limitée aux zones sous-denses et conditionnée au respect des tarifs opposables pour garantir l'accessibilité financière de l'activité proposée.

Cette évolution permettrait de répondre à une offre de soins non satisfaite à l'heure actuelle sur le territoire et devrait donc se traduire par une nouvelle dépense de prestations à la charge de l'assurance maladie.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de prévoir un dispositif expérimental ad hoc pour chacune des extensions envisagées, mais cela n'aurait pas permis de maintenir le cadre unifié et la cohérence du dispositif créé par l'article 51 de la LFSS 2018.

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

La mesure proposée est de nature à augmenter de manière significative le nombre de projets expérimentaux accompagnés dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 et à en élargir la portée, notamment sur le champ de l'organisation des établissements de santé.

A moyen terme, ces expérimentations doivent permettre de définir de nouveaux modes d'organisation et de financement plus efficaces et donc de générer des économies dont l'ampleur sera fonction du nombre et de la nature des expérimentations mises en œuvre.

A court terme cependant, l'augmentation du nombre de projets nécessitera un besoin de financement supplémentaire pour accompagner leur mise en œuvre et permettre leur évaluation. Ce besoin de financement supplémentaire est estimé à 10 M€ au titre de l'année 2019.

La mesure proposée a donc une incidence sur les dépenses de santé et trouve sa place en LFSS au titre du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Modification de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale issu de l'article 51 de la LFSS pour 2018.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

De manière générale, la mise en œuvre des projets expérimentaux portés dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 a vocation, à moyen terme, à améliorer l'efficacité du système de santé, en renforçant notamment la coordination entre acteurs, et donc à générer des économies pour l'assurance maladie.

La présente mesure, qui vise à amplifier la portée du dispositif, devrait permettre de renforcer les gains attendus pour l'assurance maladie en permettant d'expérimenter des organisations innovantes plus souples, plus efficaces et moins consommatrices de ressources humaines.

L'objectif attendu est également celui d'un meilleur accès aux soins de la population en favorisant les organisations qui permettent de dégager du temps médical. Ce temps médical pourra être réinvesti pour répondre aux besoins de prise en charge actuellement non satisfaits et ainsi, à l'inverse, générer une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie. C'est notamment le cas de la mesure visant à favoriser le développement d'une activité libérale « hors les murs » pour les praticiens hospitaliers.

Si ces effets de moyen terme sont difficiles à chiffrer à ce stade, les effets de court terme peuvent être plus facilement anticipés.

Une enveloppe de 30M€ pour les expérimentations relevant du périmètre actuel de l'article 51 de la LFSS 2018 a ainsi été prévue pour 2018.

L'élargissement du périmètre devrait augmenter sensiblement le nombre de projets accompagnés dans le cadre du dispositif de l'article 51. En conséquence, une augmentation des crédits est prévue afin de permettre la mise en œuvre de nouveaux projets.

Au global, la dépense supplémentaire estimée pour l'année 2019 s'établit à hauteur de 10 M€.

A compter de 2020, l'ensemble des coûts d'amorçage devraient être gagés puis, à compter de 2021, dépassés par le niveau des économies attendues.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
ONDAM		- 10	0	+ 20	

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

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

a) impacts économiques

Cette mesure renforcera l'attractivité du dispositif de l'article 51 et permettra d'augmenter le nombre de projets expérimentaux accompagnés dans ce cadre et d'en étendre la portée.

b) impacts sociaux

Amélioration de la prise en charge des patients avec diminution du recours et amélioration de leur qualité de vie. Amélioration attendue des conditions de travail des acteurs des groupements. Renforcement de l'attractivité escomptée dans les territoires concernés.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

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

Potentielle amélioration de leur prise en charge par une meilleure coordination des acteurs.

- ***impacts sur l'environnement***

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

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

Sans objet.

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

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

Facilitation de leur prise en charge par une amélioration de la coordination des acteurs, notamment par une réponse transversale aux demandes du patient permise par un décloisonnement des secteurs sanitaires, médico-social et social. Accroissement de la qualité des prises en charge attendue.

- ***impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)***

Participation au dispositif expérimental

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

Mesure gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Modification du décret en Conseil d'Etat n° 2018-125 du 21 février 2018 pris en application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, codifié aux articles R. 162-50-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Notamment l'article R. 162-50-8 du code de la sécurité sociale pour intégrer les projets dérogeant à l'article L. 6122-2 du code de la santé publique concernant les conditions techniques de fonctionnement, comme devant faire l'objet d'une saisine de la HAS pour avis.

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

Mise en œuvre 2019

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Evaluation prévue dans chaque cahier des charges des expérimentations.

Rapport annuel au Parlement prévu par l'article L. 162-31-1 CSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-31-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-31-1 modifié du code de la sécurité sociale
I.- Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants : 1° Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant 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 visant à : a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ; b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ; c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ; d) 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 ; 2° Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1 et la qualité des prescriptions, en modifiant : a) Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations associées onéreux au sein des établissements de santé et les modalités du recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces médicaments, produits et prestations associées ; b) Les modalités de rémunération, les dispositions prévoyant des mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associées ; c) Les conditions d'accès au dispositif prévu à l'article L. 165-1-1. II.- Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé en tant que de besoin : 1° Aux dispositions suivantes : a) Les règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-7, L. 162-23-8, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-	I.- Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants : 1° Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant 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 visant à : a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ; b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ; c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ; d) 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 ; 2° Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1 et la qualité des prescriptions, en modifiant : a) Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations associées onéreux au sein des établissements de santé et les modalités du recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces médicaments, produits et prestations associées ; b) Les modalités de rémunération, les dispositions prévoyant des mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associées ; c) Les conditions d'accès au dispositif prévu à l'article L. 165-1-1. II.- Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé en tant que de besoin : 1° Aux dispositions suivantes : a) Les règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-7, L. 162-23-8, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-

26, L. 162-26-1, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2 du présent code et aux III, V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi ; b) L'article L. 162-2 du présent code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ; c) Les 1°, 2° et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ; d) Les articles L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations, et l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier ; e) Les articles L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-23-6, L. 162-38 et L. 165-1 à L. 165-7, en tant qu'ils concernent la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux par l'assurance maladie ; 2° Aux dispositions suivantes du code de la santé publique, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve, le cas échéant, de l'avis de la Haute Autorité de santé : a) L'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ; b) Le premier alinéa de l'article L. 6111-1, en tant qu'il limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation ; c) L'article L. 6122-3, afin de permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués soit d'établissements de santé, soit de professionnels de santé, soit de ces deux ensembles ; d) L'article L. 4211-1, afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en sections A et D ;	26, L. 162-26-1, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2 du présent code et aux III, V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi ; b) L'article L. 162-2 du présent code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ; c) Les 1°, 2° et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ; d) Les articles L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations, et l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier ; e) Les articles L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-23-6, L. 162-38 et L. 165-1 à L. 165-7, en tant qu'ils concernent la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux par l'assurance maladie ; 2° Aux dispositions suivantes du code de la santé publique, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve, le cas échéant, de l'avis de la Haute Autorité de santé : a) L'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ; b) Le premier alinéa de l'article L. 6111-1, en tant qu'il limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation ; c) L'article L. 6122-3, afin de permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués soit d'établissements de santé, soit de professionnels de santé, soit de ces deux ensembles ; d) L'article L. 4211-1, afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en sections A et D ; e) Le 3° de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 du même code relatives à l'organisation et à la dispensation des soins, pour la durée de l'expérimentation ; f) Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser, sans dépassement d'honoraires, une activité libérale hors de l'établissement où il est nommé ou exerce à titre principal son activité ; g) Les articles L. 4041-2 et L. 4042-1, afin de permettre à des sociétés interprofessionnelles de

3° Aux règles de tarification applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. III.-Les expérimentations à dimension nationale sont autorisées, le cas échéant après avis de la Haute Autorité de santé, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les expérimentations à dimension régionale sont autorisées, le cas échéant après avis conforme de la Haute Autorité de santé, par arrêté des directeurs généraux des agences régionales de santé. Un conseil stratégique, institué au niveau national, est chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé. Il est associé au suivi des expérimentations et formule un avis en vue de leur éventuelle généralisation. Un comité technique composé de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé émet un avis sur ces expérimentations, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial. Le comité technique saisit pour avis la Haute Autorité de santé des projets d'expérimentation comportant des dérogations à des dispositions du code de la santé publique relatives à l'organisation ou la dispensation des soins. Un décret en Conseil d'Etat précise la liste des dispositions auxquelles il ne peut être dérogé qu'après avis de la Haute Autorité de santé et le délai dans lequel son avis est rendu. Les catégories d'expérimentations, les modalités de sélection, d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations selon le niveau territorial ou national de celles-ci, les modalités d'information des patients ainsi que la composition et les missions du conseil stratégique et du comité technique sont précisées par décret en Conseil d'Etat.	soins ambulatoires 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 ; h) Le dernier alinéa de l'article L. 6133-1, afin de permettre la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire, pour la durée de l'expérimentation ; i) Le deuxième alinéa de l'article L. 6312-4, afin de permettre aux agences régionales de santé d'adapter les autorisations de mise en service de véhicules sanitaires affectés aux transports terrestres aux besoins des établissements de santé. 3° Aux règles de tarification applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. III.-Les expérimentations à dimension nationale sont autorisées, le cas échéant après avis de la Haute Autorité de santé, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les expérimentations à dimension régionale sont autorisées, le cas échéant après avis conforme de la Haute Autorité de santé, par arrêté des directeurs généraux des agences régionales de santé. Un conseil stratégique, institué au niveau national, est chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé. Il est associé au suivi des expérimentations et formule un avis en vue de leur éventuelle généralisation. Un comité technique composé de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé émet un avis sur ces expérimentations, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial. Le comité technique saisit pour avis la Haute Autorité de santé des projets d'expérimentation comportant des dérogations à des dispositions du code de la santé publique relatives à l'organisation ou la dispensation des soins. Un décret en Conseil d'Etat précise la liste des dispositions auxquelles il ne peut être dérogé qu'après avis de la Haute Autorité de santé et le délai dans lequel son avis est rendu. Les catégories d'expérimentations, les modalités de sélection, d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations selon le niveau territorial ou national de celles-ci, les modalités d'information des patients ainsi que la composition et les missions du conseil stratégique et du comité technique sont précisées par décret en Conseil d'Etat. IV.- Pour les expérimentations mentionnées au I dérogeant à une ou plusieurs règles rappelées en II et comportant une démarche de coopération telle que celles visées à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, les dispositions des articles L. 4011-2 à L. 4011-3 ne sont pas applicables, sous réserve des deux premiers alinéas de l'article L. 4011-3. Les expérimentations mentionnées au I dérogeant à une ou plusieurs règles rappelées en II et comportant

IV.-Les professionnels intervenant dans le cadre d'une expérimentation prévue au présent article sont réputés appartenir à des équipes de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique. Les personnes chargées de l'évaluation des expérimentations ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1 du présent code lorsque ces données sont nécessaires à la préparation, à la mise en œuvre et à l'évaluation prévues au présent article, dans le respect des conditions prévues au chapitre Ier du titre VI du livre IV de la première partie du code de la santé publique, sous réserve, le cas échéant, d'adaptations établies par décret en Conseil d'Etat. V.-Sans préjudice des règles de financement prévues au titre VI du livre Ier du présent code ou des missions du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le financement de tout ou partie des expérimentations peut être assuré par un fonds pour l'innovation du système de santé, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie. Les ressources du fonds sont constituées par une dotation de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. L'évaluation des expérimentations régies par le présent article est financée par le fonds pour l'innovation du système de santé. VI.-Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations en cours et lui remet, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, le rapport d'évaluation la concernant.	la réalisation d'actes de télésurveillance tels que ceux visés au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 sont soumises à la procédure et au financement prévus au III, qui se substituent à la procédure et au financement prévus au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. IVV.-Les professionnels intervenant dans le cadre d'une expérimentation prévue au présent article sont réputés appartenir à des équipes de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique. Les personnes chargées de l'évaluation des expérimentations ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1 du présent code lorsque ces données sont nécessaires à la préparation, à la mise en œuvre et à l'évaluation prévues au présent article, dans le respect des conditions prévues au chapitre Ier du titre VI du livre IV de la première partie du code de la santé publique, sous réserve, le cas échéant, d'adaptations établies par décret en Conseil d'Etat. IVVI.-Sans préjudice des règles de financement prévues au titre VI du livre Ier du présent code ou des missions du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le financement de tout ou partie des expérimentations peut être assuré par un fonds pour l'innovation du système de santé, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie. Les ressources du fonds sont constituées par une dotation de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. L'évaluation des expérimentations régies par le présent article est financée par le fonds pour l'innovation du système de santé. IVVII.-Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations en cours et lui remet, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, le rapport d'évaluation la concernant.

Article 30 - Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants (régime simplifié des professions médicales)

I. Présentation de la mesure

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

Actuellement, les médecins conventionnés relèvent d'un régime d'assurance obligatoire spécifique pour la maladie, maternité et décès et bénéficient d'une prise en charge par l'assurance maladie de leurs cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et des avantages supplémentaires vieillesse au titre de leur activité conventionnée. Ce dispositif suppose, de la part de ces professionnels, des formalités sociales comparables à celles des autres travailleurs indépendants : tenue d'une comptabilité des produits et des charges, déclaration annuelle d'une assiette constituée du bénéfice, appel de cotisations provisionnelles sur la base du dernier revenu déclaré et régularisation l'année suivante.

Si ce régime est pertinent pour les médecins libéraux y compris ceux effectuant des remplacements pour lesquels l'exercice libéral constitue le cadre d'exercice principal, il apparaît mal adapté, voire dissuasif, pour les médecins salariés souhaitant exercer une activité libérale à titre accessoire comme les « étudiants non thésés » ou les jeunes médecins souhaitant effectué un remplacement.

En effet, le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) et l'assiette des cotisations qui le finance impliquent des démarches administratives, fiscales et sociales conséquentes qui peuvent apparaître disproportionnées pour une activité secondaire et constituent un frein à l'essor de ce mode d'exercice : création d'un compte cotisant auprès de l'Urssaf, comptabilité précise des charges, décalage systématique entre perception des revenus et paiement des cotisations notamment. Ce dernier point, du fait de l'existence de cotisations forfaitaires, d'avance puis de régularisations en N+1 ou N+2 apparaît relativement désincitatif.

Afin de renforcer l'attractivité de cette modalité d'exercice permettant d'assurer la continuité et le renforcement de l'accès aux soins dans les territoires, la simplification du cadre d'activité du remplacement en tant que libéral à titre accessoire par des salariés est nécessaire.

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

a) Mesure proposée

La présente mesure met en place un régime simplifié pour les professionnels médicaux (RSPM) ouvert à tous les médecins salariés souhaitant exercer une activité libérale de remplacement, à titre accessoire, sous certaines conditions, notamment de revenus. Ce régime simplifié sera un droit d'option : chaque médecin pourra opter pour le RSPM ou le régime de droit commun applicable aux PAMC.

• Population éligible

Le RSPM s'adressera à des médecins exerçant en libéral à titre accessoire en remplacement : étudiants de 3^{ème} cycle, jeunes médecins remplaçants et médecins salariés complétant leur activité par un exercice libéral secondaire.

Ce régime ne sera ouvert qu'aux étudiants de 3^e cycle et à des médecins qui ne relèvent pas déjà du régime PAMC.

• Plafond de revenus

Les revenus générés par l'activité accessoire ne peuvent excéder le plafond fixé à environ 19 000 € par an, avant abattement de 34 %. Ce plafond correspond à 7 à 8 semaines de consultations réalisées à tarif opposable dans l'année. Ce plafond ne serait pas proratisé, y compris lorsque que la première activité de remplacement débute en cours d'année. Les médecins dépassant ce plafond de revenus seront alors affiliés au régime PAMC classique.

• Taux applicables

Les taux de cotisations et contributions sociales présentés sous la forme d'un taux global fixe égal à la somme des taux de cotisations sociales actuellement appliqués dans le régime PAMC nets des prises en charges de l'assurance maladie pour une rémunération inférieure à 12 500 € après abattement.

Seront donc inclus : la contribution sociale généralisée (CSG), la contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS), la cotisation d'assurance maladie, la cotisation d'allocations familiales, les cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire, la cotisation du régime de prestation complémentaire vieillesse (PCV, anciennement « avantage social vieillesse » – ASV), contribution à la formation professionnelle, le cas échéant après prise en charge de certaines cotisations par l'assurance maladie. Un décret précisera le niveau de ce taux global.

• Modalités déclaratives

Ce micro régime reposera sur un mode de gestion simplifié des cotisations sociales, permettant d'alléger les démarches par rapport à celles d'un compte PAMC :

- une démarche d'entrée dans le dispositif simple réalisable en lien avec la CPAM ou la CGSS dont dépend le médecin ;
- une assiette simple et immédiatement appréhendable : les honoraires rétrocédés perçus par le médecin remplaçant – ce qui dispense de tenir une comptabilité des charges ;
- une logique de déclaration / paiement simultanés, sur un rythme mensuel ou trimestriel, à l'initiative du médecin, simple pour le médecin et évitant tout décalage entre perception des revenus et acquittement des prélèvements, sur un espace dédié géré par la branche du recouvrement ;
- une offre entièrement dématérialisée, garantissant l'alimentation des droits sociaux depuis les revenus déclarés par les professionnels, sans démarche supplémentaire.

b) Autres options possibles

L'affiliation au régime général des revenus tirés des remplacements est écartée car cette solution, du fait notamment d'un niveau des cotisations sociales plus élevé que dans le régime PAMC. Elle aurait en outre conduit potentiellement à une hausse des situations futures de pluri pensionnées (affiliation dans un cas à la CNAV et dans l'autre à la CARMF).

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

Ces dispositions relatives à l'affiliation emportent des conséquences sur le régime social et les cotisations applicables aux praticiens remplaçants, et relèvent à ce titre des dispositions du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Codifié dans un nouvel article L. 642-4-2.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier de la mesure dépendra :

- du niveau de recours au dispositif RSPM ;
- des taux de cotisations sociales retenus (net ou non des prises en charge de cotisation par l'assurance maladie)

Au 1^{er} janvier 2017, le tableau de l'ordre recense 12 011 médecins remplaçants dont environ 8 000 en tant que médecin généraliste. Les médecins remplaçants représentent 5,7% de l'ensemble des médecins (hors retraités en cumul emploi-retraite).

Le nombre d'étudiants de 3^{ème} cycle qui effectuent des remplacements et de jeunes médecins salariés (moins de 35 ans) est estimé à 10 760.

Hyp. Total population cible

médecins généralistes remplaçants de - 35 ans	979
étudiants de 3 ^{ème} cycle effectuant des remplacements	9 781
Total	10 760

Estimation DSS

Sur la base d'une augmentation de 20 % du nombre de médecins effectuant des remplacements et une rémunération annuelle associée de 12 500 €, le recours au régime micro PAMC aurait un coût, au titre de la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations de ces médecins, de 2 M€.

Ce coût pour l'assurance maladie est mécaniquement lié à une augmentation du nombre de médecins remplaçants. Pour les médecins remplaçants exerçant déjà aujourd'hui qui opteront pour le régime micro PAMC, le coût sera nul.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
			0,25	0,5	

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

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

La mesure favorisera les remplacements notamment dans les zones sous-denses et contribuera ainsi au renforcement de l'accès aux soins dans les territoires. Elle permettra également aux jeunes médecins et aux étudiants de 3^{ème} cycle de se familiariser avec l'exercice libéral dans les territoires tout en leur garantissant une couverture sociale équivalente à celle qu'ils auraient eue en étant affiliés au régime PAMC « classique » et des démarches simplifiées.

• Impact sur les jeunes

Aucun

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Aucun

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Aucun

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

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

Simplification des démarches administratives pour les médecins qui pourront choisir de ne plus s'affilier au régime des PAMC pour la partie minoritaire de leur activité réalisée en tant que libéral.

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

Cette mesure nécessitera des développements informatiques à mener en lien avec l'ACOSS. Le dispositif s'inspire néanmoins de précédents qui pourront être repris sous forme adaptée.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Un décret d'application sera pris pour une application de la mesure au 1^{er} janvier 2020.

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

1^{er} janvier 2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Campagne d'information URSSAF et CNAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Actuel article L. 213-1 actuel	Article L. 213-1 modifié
Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent : 1° Le recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les salariés ou assimilés relevant du régime général et par leurs employeurs ainsi que par les salariés ou assimilés volontaires ; 2° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par l'ensemble des personnes autres que celles mentionnées aux 1° et 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ; 3° Le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, autres que celles mentionnées également aux articles L. 642-1 et L. 652-6 ; 4° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée mentionnée à l'article L. 136-1 due par l'ensemble des assurés autres que ceux mentionnés au 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ; 5° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 5422-9, L. 5422-11 et L. 3253-18 du code du travail ; 5° bis Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du présent code dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 213-7 ; 6° Le contrôle du recouvrement prévu aux 1° à 5° ; 7° La mise en oeuvre des décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants qui éprouvent des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales. Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1. Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions. En matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux, une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret.	Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent : 1° Le recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les salariés ou assimilés relevant du régime général et par leurs employeurs ainsi que par les salariés ou assimilés volontaires ; 2° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par l'ensemble des personnes autres que celles mentionnées aux 1° et 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ; 3° Le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, autres que celles mentionnées également aux articles L. 642-1 et L. 652-6 ; 4° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée mentionnée à l'article L. 136-1 due par l'ensemble des assurés autres que ceux mentionnés au 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ; 5° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 5422-9, L. 5422-11 et L. 3253-18 du code du travail ; 5° bis Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du présent code dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 213-7 et à l'article L. 642-4-2 ; 6° Le contrôle du recouvrement prévu aux 1° à 5° ; 7° La mise en oeuvre des décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants qui éprouvent des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales. Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1. Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions. En matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux, une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret.
	Article L. 642-4-2 nouveau

	I. – Les médecins exerçant leur activité à titre de remplacement ainsi que les étudiants en médecine remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique dont les rémunérations issues de l'activité de remplacement sont inférieures à un seuil fixé par décret, peuvent opter pour un taux global et le calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables. Le taux global, fixé par décret, est appliqué par référence aux taux des contributions et cotisations sociales applicables aux revenus des médecins mentionnés au 1° de l'article L. 646-1 au montant de leur rémunération après abattement prévu à l'article 102 ter du code général des impôts. Ce décret fixe également les règles d'affectation des sommes versées entre les différents régimes ou branches concernées. II. – L'option pour l'application des dispositions mentionnées au I est exercée auprès de la caisse mentionnée aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans la circonscription de laquelle sont exercées les activités de remplacement. Cette caisse assure, en lien avec les médecins ou les étudiants concernés et les organismes mentionnés au III, la réalisation des déclarations nécessaires à ces activités. III. – La déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations et des contributions sociales qui en découlent sont effectués par les médecins et les étudiants remplaçants mentionnés au I au moyen d'un téléservice mis en place à cette intention par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4
	Article L. 644-2 modifié
A la demande du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, des décrets peuvent fixer, en sus des cotisations prévues aux articles L. 642-1 et L. 644-1, et servant à financer le régime d'assurance vieillesse de base et le régime d'assurance vieillesse complémentaire, une cotisation destinée à couvrir un régime d'assurance invalidité-décès, fonctionnant à titre obligatoire dans le cadre, soit de l'ensemble du groupe professionnel, soit d'une activité professionnelle particulière et comportant des avantages en faveur des veuves et des orphelins. Un décret détermine les conditions dans lesquelles le mode de calcul de la cotisation et des prestations de ce régime est adapté pour les conjoints-collaborateurs qui y sont affiliés.	A la demande du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, des décrets peuvent fixer, en sus des cotisations prévues aux articles L. 642-1 et L. 644-1, et servant à financer le régime d'assurance vieillesse de base et le régime d'assurance vieillesse complémentaire, une cotisation destinée à couvrir un régime d'assurance invalidité-décès, fonctionnant à titre obligatoire dans le cadre, soit de l'ensemble du groupe professionnel, soit d'une activité professionnelle particulière et comportant des avantages en faveur des veuves et des orphelins. Un décret détermine les conditions dans lesquelles le mode de calcul de la cotisation et des prestations de ce régime est adapté pour les conjoints-collaborateurs et les personnes ayant fait valoir l'option prévue à l'article L. 642-4-2 qui y sont affiliés.

Article 31 – Etendre l’objet des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées

I. Présentation de la mesure

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

• Une nouvelle forme d’exercice pour les auxiliaires médicaux

Le développement des pratiques avancées des auxiliaires médicaux en ville constituera un puissant levier d’amélioration de l’accès aux soins. Pour cela, leur articulation avec les structures pluri professionnelles, qui rassemblent des professions médicales et paramédicales, apparaît déterminante car les plus à même de permettre un développement majeur de la pratique avancée dans le champ des soins primaires. La loi prévoit ainsi que dans le secteur ambulatoire, l’exercice en pratique avancée a lieu, notamment, « au sein d’une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant » (cf. 1° du I de l’art. L. 4301-1 du code de la santé publique). Les centres et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont donc directement concernés.

Les MSP sont en particulier un support utile pour le développement d’équipes coordonnées de professionnels de santé autour de la prise en charge de patients souffrant de pathologies chroniques stabilisées, qui pourraient profiter particulièrement du nouveau cadre d’exercice offert par la pratique avancée. Toutefois, contrairement aux centres de santé, les futurs auxiliaires médicaux en pratique avancée (AMPA) exerçant au sein des MSP, ne pourraient en l’état des textes aujourd’hui exercer que sous le mode libéral. Or, les professionnels réunis au sein de la société professionnelle de soins primaires (SISA) pourraient souhaiter organiser une réponse plus pérenne, en appui de l’ensemble de l’équipe de soins, et ainsi vouloir opter pour un recrutement sous mode salarié des AMPA.

A ce stade, l’objet de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) est toutefois circonscrit à la mise en commun de moyens et à l’exercice d’activités en commun que sont la coordination thérapeutique, l’éducation thérapeutique ou la coopération entre professionnels. Il ne permet donc pas l’exercice en pratique avancée.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée entend rendre possible que les maisons de santé puissent avoir pour objet l’exercice des pratiques avancées des auxiliaires médicaux, de sorte que ceux-ci, exerçant au sein des MSP constituées en sociétés professionnelles de soins ambulatoires (SISA), puissent en être les salariés s’ils le souhaitent. Dans le cas des infirmiers, cela ne leur interdirait pas de dispenser parallèlement, à titre libéral, outre la pratique avancée, les soins généraux que l’état de santé des patients de la MSP pourrait requérir.

• La SISA devenue exerçante : les conséquences au regard des ordres professionnels

Selon le droit commun les sociétés d’exercice doivent s’inscrire auprès des ordres des professionnels qui exercent dans la société. Lorsque la SISA décidera dans ses statuts de faire de la pratique avancée et donc de devenir « exerçante », une inscription à l’ordre sera nécessaire. Toutefois, ne devenant exerçante que pour l’AMPA qu’elle décide de salarier, l’obligation d’inscription sera limitée au(x) seul(s) ordres de(s) AMPA concerné(s). Les autres ordres et les ARS seront de toute façon informés puisque, selon la législation en vigueur sur les SISA, les statuts initiaux, puis tout avenant aux statuts, doivent leur être communiqués. Ce cas de société « partiellement exerçante » étant très spécifique, la mesure précise les obligations d’inscription aux ordres de la SISA.

• Les modalités de rémunération des AMPA libéraux

La SISA devenant une « société exerçante » au regard de l’activité des AMPA dès lors que les statuts le prévoient, l’activité des AMPA, y compris celle des AMPA libéraux devrait, selon le droit commun, être facturée au nom de la SISA et non pour leur propre compte.

Pour clarifier la situation et éviter cet écueil qui pourrait avoir des conséquences au regard de l’attractivité des maisons de santé pour les AMPA concernés, la mesure prévoit que, à l’instar des autres professionnels de santé associés de la SISA, l’activité professionnelle des AMPA libéraux exercée à titre personnel ne constitue pas une recette de la société. Ils continueront donc à facturer en leur nom propre, s’ils exercent en libéral.

• **Le financement de l'activité : facturation par la SISA à l'assurance maladie au titre de l'activité des AMPA salariés**

Comme pour la plupart des professions de santé, le financement des actes et prestations dispensés par l'AMPA pourrait résulter d'une facturation, par la SISA à l'assurance maladie, de son activité, sous réserve des stipulations des conventions concernées.

Il est à noter que toutes les SISA ne souhaiteront pas forcément salarier des AMPA. Il convient donc de leur laisser le choix. A cette fin, **la mesure prévoit que si la SISA souhaite exercer la pratique avancée pour salarier des AMPA, ses statuts devront le préciser expressément.**

La mesure proposée modifie les dispositions suivantes du code de la santé publique :

- l'article L. 4041-2 afin d'étendre l'objet de la SISA à l'exercice, par des auxiliaires médicaux, de la pratique avancée, sous réserve que les statuts le prévoient ;
- l'article L. 4041-3 afin de préciser que dans le cas où la SISA opérerait dans ses statuts pour la pratique avancée, elle devrait soumettre ses statuts à l'ordre dont relève la profession de l'auxiliaire médical, pour inscription de la société à l'ordre.

L'article L. 4042-1 afin de préciser que les recettes relatives aux activités des AMPA exerçant à titre libéral dans une SISA ayant opté pour l'exercice en pratique avancée dans ses statuts, ne constituent pas une recette de la société.

La mesure proposée modifie en outre l'article L. 162-1-7 pour prévoir la possibilité pour une MSP de facturer des soins à l'assurance maladie.

b) Autres options possibles

Il aurait été envisageable de limiter l'exercice des pratiques avancées au seul exercice libéral avec une cotation et une facturation des actes et prestations par le professionnel exerçant. Cette restriction paraît toutefois peu conforme avec un développement rapide et efficace de ce type d'exercice dans un cadre pluriprofessionnel en ville et avec la volonté d'inscrire définitivement cette pratique dans une logique d'équipe.

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

La mesure étend l'objet des SISA à une nouvelle forme d'exercice et permettra ainsi aux maisons de santé de salarier des auxiliaires médicaux en pratique avancée.

Les actes réalisés dans le cadre des pratiques avancées par des auxiliaires médicaux salariés correspondent à de nouvelles prestations qui permettront d'améliorer la qualité du suivi et de renforcer l'accès aux soins des personnes atteintes de pathologies chroniques, en particulier dans les zones sous-denses. Ces nouvelles prestations se traduiront directement et de manière certaine par une augmentation des dépenses d'assurance maladie.

Pour cette raison, la mesure proposée trouve sa place en LFSS au titre du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAV et de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, les conseils de la CNAM, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général sont saisis pour avis en application des dispositions prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Pour la mesure concernant l’exercice en pratique avancée par des auxiliaires médicaux en SISA

Modification des articles L. 4041-2, L. 4041-3 et L. 4042-1 du code de la santé publique

Modification de l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L’impact financier estimé global repose sur l’hypothèse d’un nombre prévisible d’infirmiers en pratique avancée formés suivante :

- 2019 : 50
- 2020 : 500
- 2021 : 1 200

Il est considéré que la moitié exercera en établissement de santé. Sur la moitié exerçant en ville, si 25 % devait être salariés d’une SISA à mi-temps, cela représenterait, sur la base minimale des rémunérations versées aux infirmières ASALEE (dispositif proche permettant à des infirmières d’exercer certaines compétences médicales déléguées).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
		- 0,2	- 2	- 4	

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

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

a) impacts économiques

L'évolution du modèle des MSP renforcera leur attractivité pour les jeunes professionnels de santé et favorisera la poursuite de leur développement sur le territoire, notamment dans les zones sous-denses.

b) Impacts sociaux

Cette mesure tendant à favoriser le développement des AMPA, a un impact favorable sur les conditions de travail des auxiliaires médicaux concernés dont les compétences et l'autonomie sont accrues dans ce type d'exercice.

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet

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

Sans objet

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Dans la mesure où, parmi les auxiliaires médicaux et, notamment les infirmiers, les femmes sont plus nombreuses que les hommes, la mesure tendant à favoriser la présence des AMPA dans les SISA est plutôt favorable à l'égalité homme-femme puisque l'une des caractéristiques de cette activité est d'élargir le champ de compétence et de renforcer l'autonomie de ces auxiliaires médicaux.

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

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

Avec le dispositif des AMPA, les assurés bénéficieront d'une amélioration de l'accès aux soins et une prise en charge diversifiée.

Le changement de l'objet de la SISA rendra nécessaire l'inscription de la société au tableau du Conseil de l'Ordre de l'AMPA recruté et salarié par la SISA pour exercer en pratique avancée.

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

Sans objet

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Sans objet

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

A définir

c) Modalités d’information des assurés ou cotisants

A définir

d) Suivi de la mise en œuvre

L’activité des AMPA sera recueillie par les bases de l’assurance maladie.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la santé publique	
Article L. 4041-2 actuel	Article L. 4041-2 modifié
La société interprofessionnelle de soins ambulatoires a pour objet : 1° La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ; 2° L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé. Les activités mentionnées au 2° sont précisées par décret en Conseil d'Etat.	La société interprofessionnelle de soins ambulatoires a pour objet : 1° La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ; 2° L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé. 3° Sous réserve que ses statuts le prévoient, l'exercice de la pratique avancée par des auxiliaires médicaux, tels que définis à l'article L. 4301-1 Les activités mentionnées au 2° sont précisées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 4041-3 actuel	Article L. 4041-3 modifié
Peuvent seules être associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires des personnes remplissant toutes les conditions exigées par les lois et règlements en vigueur pour exercer une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien et qui sont inscrites, le cas échéant, au tableau de l'ordre dont elles relèvent. Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ne sont pas soumises aux formalités préalables exigées des personnes candidates à l'exercice individuel des professions médicales, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.	Peuvent seules être associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires des personnes remplissant toutes les conditions exigées par les lois et règlements en vigueur pour exercer une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien et qui sont inscrites, le cas échéant, au tableau de l'ordre dont elles relèvent. Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, à l'exception de celles dont l'objet comprend le 3° de l'article L. 4041-2, ne sont pas soumises aux formalités préalables exigées des personnes candidates à l'exercice individuel des professions médicales, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.
Article L. 4042-1 actuel	Article L. 4042-1 modifié
Les rémunérations versées en contrepartie de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci. Par exception, lorsque ces activités sont exercées à titre personnel par un associé, les rémunérations afférentes ne constituent pas une recette de la société.	Les rémunérations versées en contrepartie de l'activité professionnelle des associés mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 4041-2 dont les statuts prévoient un exercice en commun constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci. Par exception, lorsque ces activités sont exercées à titre personnel par un associé, les rémunérations afférentes ne constituent pas une recette de la société.

Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-1-7 actuel	Article L. 162-1-7 modifié
La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. (...)	La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, en centre de santé, en maison de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. (...)

Article 32 - Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge

I. Présentation de la mesure

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

L'obligation générale de certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation doit évoluer, car ces logiciels ont récemment été qualifiés de dispositif médical suite à l'arrêt SNITEM et Philips France de la CJUE (7 décembre 2017, C-329/16). Dans ce cadre, l'obligation générale de certification des logiciels en vue de la vente devient contraire au principe de libre circulation des dispositifs médicaux sur le territoire européen.

Pour garantir aux professionnels de santé de disposer d'outils conformes à un cahier des charges rigoureux, au bénéfice d'une prescription éclairée et pertinente, le maintien d'une procédure de certification effectuée par la Haute Autorité de santé est nécessaire. Il s'agit par ailleurs de favoriser le recours par les professionnels de santé à des logiciels certifiés.

Dans un même objectif de pertinence et de coordination des soins, il est nécessaire d'améliorer le partage d'informations entre l'assurance maladie et le professionnel de santé. Tout d'abord, 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 son patient. Par ailleurs, l'identification du prescripteur et de son lieu de prescription par l'assurance maladie n'est pas possible dans l'ensemble des situations d'exercice professionnel, et demeure particulièrement complexe dès qu'il s'agit d'une prescription hospitalière à exécuter en ville, ou d'une prescription effectuée dans un établissement privé. Les difficultés de suivi, liées à l'absence de cadre clair et homogène pour toutes les situations, entraînent une rupture dans le suivi du parcours de soins, et donc dans l'objectif partagé de coordination des soins. L'identification du prescripteur et de son lieu de prescription doit donc pouvoir être améliorée dans certaines situations d'exercice professionnel.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à renforcer la pertinence des prises en charge, et dès lors l'efficacité de notre système de santé, en développement des outils numériques ciblés.

La mesure proposée permet tout d'abord d'assurer un meilleur suivi du parcours du patient par le professionnel de santé, en prévoyant la mise à disposition par l'assurance maladie de certaines données et informations dont elle dispose, comme par exemple la date d'éligibilité d'un patient à une mesure de prévention (dépistage de certains cancers), à la réalisation d'un vaccin, à la possibilité d'inclusion d'un patient dans un programme d'accompagnement ou encore à la caractérisation d'un risque iatrogénique. Les données visées par cet article concernent tous les éléments, le cas échéant nominatifs, qui pourraient être utiles pour améliorer la qualité, la sécurité ou la pertinence des soins des patients concernés. Le traitement de ces données sera réalisé dans le cadre en vigueur ; notamment la commission nationale informatique et libertés pourra être saisie en tant que de besoin. Ces données pourront notamment être mises à disposition des professionnels dans le cadre de téléservices développés par l'assurance maladie, ou lors des échanges entre les délégués ou médecins de l'assurance maladie et les professionnels prescripteurs.

Pour continuer d'approfondir la coordination entre les acteurs du système de santé, et mieux identifier le contexte des prescriptions (environnement hospitalier, libéral, etc.), la mesure permettra également de garantir la bonne identification des prescriptions des professionnels de santé libéraux exerçant en établissement de santé privé, en renforçant leur obligation d'inscrire le numéro de l'établissement dans lequel est exercée l'activité sur l'ordonnance. Une telle obligation existe déjà pour les professionnels de santé exerçant au sein d'établissements publics ; la mesure permet donc de mettre en cohérence ces dispositions. Comme cela est déjà actuellement le cas pour les établissements publics, l'absence de transmission de ces éléments pourra déclencher une demande d'indus auprès de l'établissement concerné.

Enfin, la mesure permet de maintenir la certification des logiciels par la Haute Autorité de santé, sur une base volontaire, et s'accompagne d'une obligation pour les éditeurs de mise à jour de certaines fonctionnalités dans des délais précisés. Une pénalité en cas de manquement à cette certification est introduite. Il s'agit ainsi de s'assurer que les outils des professionnels de santé demeurent à jour des nouvelles fonctionnalités. En parallèle, la mesure conduit à revoir les incitations à recourir à ces logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation pour les médecins et les pharmaciens, en confiant aux partenaires conventionnels le soin de prendre en compte cette priorité comme un engagement fort dans l'exercice de leur pratique parmi les critères de la rémunération pour objectif de santé publique.

b) Autres options possibles

Une mesure alternative relative à la certification des logiciels aurait pu être de remplacer l'obligation générale de certification en vue de leur commercialisation par une obligation d'utilisation de ces logiciels certifiés par les professionnels de santé dès lors qu'ils prescrivent des produits de santé ayant vocation à être remboursés par l'assurance maladie. Toutefois, cette mesure n'était pas compatible avec la jurisprudence de la CJUE relative à la libre circulation des produits, le seul fait que des produits soient susceptibles d'être remboursés par les systèmes d'assurance maladie ne dispensant pas du respect de ces règles relatives à la libre circulation.

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

La mesure permettra de renforcer la pertinence des prescriptions et des prises en charge. La mesure affecte donc l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie et relève donc de la partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année à venir, en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

a) Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen. Notamment, elle permet de prendre en compte le statut de dispositif médical des logiciels d'aide à la prescription récemment reconnu par la CJUE.

b) Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- ***Possibilité de codification***

• *La mesure sera codifiée puisqu'elle implique une modification des articles L. 161-38, L. 162-5, L. 162-5-15, L. 162-5-16 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, et la création des articles L. 162-2-4 et L. 162-5-18 de ce même code.*

- ***Abrogation de dispositions obsolètes***

Non applicable

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure garantit une amélioration de la coordination des soins et de la pertinence des prescriptions et aura à ce titre un impact positif pour les dépenses d'assurance maladie avec une économie à l'issue de sa montée en charge de 70M€ :

Ainsi, la meilleure traçabilité des prescriptions est-elle une condition essentielle pour améliorer l'efficacité des actions de gestion du risque au sein des établissements de santé en permettant un accompagnement plus personnalisé des prescripteurs, comme le recommande la cour des comptes dans son rapport de 2016. Cette meilleure traçabilité permettra de mieux accompagner individuellement les prescripteurs hospitaliers. Elle participera ainsi à la réalisation des économies relatives à la maîtrise médicalisée à hauteur d'environ 35 M€. Elle permettra surtout de mettre en œuvre les mécanismes d'incitations financières prévus par les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), à hauteur d'environ 10 M€ à compter de 2020.

S'agissant de l'incitation au recours aux logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation certifiés par la HAS, elle pourrait représenter un coût de plus de 115 M€ en 2019, si tous les professionnels concernés s'en équipent, avec un coût additionnel d'au moins 20 M€ par rapport à 2018. Outre ce coût direct, ces logiciels doivent permettre d'éviter de nombreuses dépenses de santé inutiles, soit en favorisant certaines prescriptions efficaces (de génériques ou de biosimilaires) soit en évitant des prescriptions dommageables. Ils participent directement aux économies de maîtrise médicalisée à ce titre, en ayant une action au plus proche des prescripteurs et des situations cliniques individuelles. Grâce aux systèmes d'aide à la décision médicamenteuse, ils permettront également d'inciter à l'augmentation de la part de la prescription dans le répertoire des médicaments génériques ainsi qu'à la prescription de médicaments biosimilaires, qui restent pas suffisamment connus des prescripteurs. L'économie à ce titre est d'au moins 45 M€ par an.

Enfin, la transmission d'information de l'assurance maladie vers les professionnels de santé ou les patients aura un double impact sur les dépenses d'assurance maladie. À court terme, ces transmissions augmenteront pour la plupart d'entre elles les dépenses en augmentant le recours à certains soins ou programmes d'accompagnement. Par exemple, le recours à la vaccination antigrippale ou au dépistage du cancer colorectal pourrait ainsi augmenter, pour un impact d'environ 20 M€ par an. À moyen terme en revanche, ces éléments devront améliorer la pertinence des prescriptions et de la qualité des soins, et réduiront ainsi les dépenses de santé associées. Ces transmissions doivent concourir aux efforts de maîtrise médicalisée, et représenteront donc une économie de 40 M€ par an.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P	2020	2021	2022
		-20	+10	+40	+70

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

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

- **impacts économiques**

Ces mesures pourront avoir un impact économique sur les entreprises commercialisant les logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation, car elles devront faire évoluer leur logiciels pour obtenir ou garder une certification par la HAS, gage de leur utilisation par les professionnels de santé.

- **impacts sociaux**

La mesure aura un impact sur la pertinence des prescriptions et contribuera donc à améliorer la qualité des soins.

- **Impact sur les jeunes**

Cette mesure n'a pas d'impact spécifique sur les jeunes.

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

Cette mesure n'a pas d'impact spécifique chez les personnes en situation de handicap.

- **impacts sur l'environnement**

Sans objet

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

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes

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

- **impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

La mesure aura un impact positif sur les assurés, en permettant aux professionnels de santé de mieux connaître leur parcours de soins et donc leur éligibilité potentielle à certains actes ou mesures de santé publique.

- **impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)**

La mesure aura un impact sur les caisses d'assurance maladie, qui auront la charge du développement des outils permettant la mise à disposition des professionnels de santé des données qu'elle détient sur leurs patients.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Mise en cohérence des dispositions réglementaires relatives aux logiciels d'aide à la prescriptions et la dispensation.

Décret en Conseil d'Etat sur la procédure de pénalité financière applicable aux éditeurs de logiciels.

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

La mise à disposition des professionnels des informations relatives à leurs patients par l'assurance maladie devra être construite progressivement via des outils dématérialisés à faire évoluer progressivement.

- **Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet.

- **Suivi de la mise en œuvre**

La mesure fera l'objet d'un suivi dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 161-38 actuel	Article L. 161-38 modifié
I. — La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé. I bis.-Elle est chargée de l'agrément des bases de données sur les médicaments, les dispositifs médicaux et les prestations associées destinées à l'usage des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation mentionnés aux II et III, sur la base d'une charte de qualité qu'elle élabore. II. — Elle établit également la procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique. Elle veille à ce que les règles de bonne pratique spécifient que ces logiciels intègrent les recommandations et avis médico-économiques identifiés par la Haute Autorité de santé, permettent de prescrire directement en dénomination commune internationale, d'afficher les prix des produits de santé et des prestations éventuellement associées au moment de la prescription et le montant total de la prescription, d'indiquer l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques ou à la liste de référence des groupes biologiques similaires et comportent une information relative à leur concepteur et à la nature de leur financement. Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de prescription des médicaments, des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées. Elle garantit la conformité des logiciels à des exigences minimales en termes de sécurité, de conformité et d'efficacité de la prescription. Elle garantit que ces logiciels informent les prescripteurs des conditions spécifiques de prescription ou de prise en charge des produits de santé et des prestations éventuellement associées, notamment en mettant à leur disposition le code prévu à l'article L. 165-5 pour les produits de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et en permettant son utilisation lors de la prescription. Elle garantit que ces logiciels intègrent les référentiels de prescription ou tout autre document relatif à la prescription dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle garantit que ces logiciels permettent l'accès aux services dématérialisés déployés par l'assurance maladie et dont la liste est fixée par arrêté des mêmes ministres. III. — La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des logiciels d'aide à la dispensation. Elle garantit que ces logiciels assurent la traduction des principes actifs des médicaments selon leur dénomination commune internationale recommandée par l'Organisation mondiale de la santé ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée européenne ou française. Cette	I. — La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé. I bis.-Elle est chargée de l'agrément des bases de données sur les médicaments, les dispositifs médicaux et les prestations associées destinées à l'usage des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation mentionnés aux II et III, sur la base d'une charte de qualité qu'elle élabore. II. — Elle établit également la procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique. Elle veille à ce que les règles de bonne pratique spécifient que ces logiciels intègrent les recommandations et avis médico-économiques identifiés par la Haute Autorité de santé, permettent de prescrire directement en dénomination commune internationale, d'afficher les prix des produits de santé et des prestations éventuellement associées au moment de la prescription et le montant total de la prescription, d'indiquer l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques, au registre des médicaments hybrides ou à la liste de référence des groupes biologiques similaires et comportent une information relative à leur concepteur et à la nature de leur financement. Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de prescription des médicaments, des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées. Elle garantit la conformité des logiciels à des exigences minimales en termes de sécurité, de conformité et d'efficacité de la prescription. Elle garantit que ces logiciels informent les prescripteurs des conditions spécifiques de prescription ou de prise en charge des produits de santé et des prestations éventuellement associées, notamment en mettant à leur disposition le code prévu à l'article L. 165-5 pour les produits de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et en permettant son utilisation lors de la prescription. Elle garantit que ces logiciels intègrent les référentiels de prescription ou tout autre document relatif à la prescription dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle garantit que ces logiciels permettent l'accès aux services dématérialisés déployés par l'assurance maladie et dont la liste est fixée par arrêté des mêmes ministres. III. — La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des logiciels d'aide à la dispensation. Elle garantit que ces logiciels assurent la traduction des principes actifs des médicaments selon leur dénomination commune internationale recommandée par l'Organisation mondiale de la santé ou, à défaut, leur dénomination dans

procédure comprend également la certification des fonctions relatives à la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées.

Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de dispensation officinale ou de dispensation par les pharmacies à usage intérieur. Elle garantit la conformité des logiciels d'aide à la dispensation à des exigences minimales en termes de sécurité, de conformité et d'efficience de la dispensation et de la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées.

IV. — Les certifications prévues aux I à III sont mises en œuvre et délivrées par des organismes certificateurs accrédités par le Comité français d'accréditation ou par l'organisme compétent d'un autre Etat membre de l'Union européenne attestant du respect des règles de bonne pratique édictées par la Haute Autorité de santé.

Ces certifications sont rendues obligatoires pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales ou une aide à la dispensation des médicaments dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er janvier 2015.

Ces certifications sont rendues obligatoires pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à la dispensation de médicaments par les pharmacies à usage intérieur, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er janvier 2018.

V.-Sont rendues obligatoires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er janvier 2021, les certifications prévues aux I à III pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales relatives à des dispositifs médicaux et à leurs prestations associées éventuelles ou une aide à la délivrance de ces produits et prestations associées.

la pharmacopée européenne ou française. Cette procédure comprend également la certification des fonctions relatives à la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées.

Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de dispensation officinale ou de dispensation par les pharmacies à usage intérieur. Elle garantit la conformité des logiciels d'aide à la dispensation à des exigences minimales en termes de sécurité, de conformité et d'efficience de la dispensation et de la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées.

IV. — Les certifications prévues aux I à III sont mises en œuvre et délivrées par des organismes certificateurs accrédités par le Comité français d'accréditation ou par l'organisme compétent d'un autre Etat membre de l'Union européenne attestant du respect des règles de bonne pratique édictées par la Haute Autorité de santé.

Ces certifications **peuvent être demandées par les éditeurs** ~~sont rendues obligatoires~~ pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales ou une aide à la dispensation des médicaments ~~dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er janvier 2015~~, **produits de santé et prestations éventuellement associées, le cas échéant par les pharmacies d'officine ou les pharmacies à usage intérieur. Les fonctionnalités qui doivent être fournies par le logiciel en vue d'obtenir la certification sont fixées par décret en Conseil d'Etat.**

~~Ces certifications sont rendues obligatoires pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à la dispensation de médicaments par les pharmacies à usage intérieur, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er janvier 2018.~~

~~V.-Sont rendues obligatoires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er janvier 2021, les certifications prévues aux I à III pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales relatives à des dispositifs médicaux et à leurs prestations associées éventuelles ou une aide à la délivrance de ces produits et prestations associées.~~

V. – Les éditeurs de logiciels demandant une certification en application du présent IV s'engagent à faire évoluer leur logiciel pour en assurer la conformité avec les évolutions des fonctionnalités mentionnées à l'alinéa précédent.

En cas de retard de la mise à jour d'un logiciel certifié ou de non respect des éléments de certification, hors les cas d'impossibilité technique, le ministre en charge de la sécurité sociale peut prononcer une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise éditant le logiciel qui n'a pas respecté les engagements mentionnés au premier alinéa, après mise en demeure et recueil des observations de celle-ci.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité et de la durée du manquement constaté et, le cas échéant, du nombre de réitérations des manquements, sans pouvoir être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le ou

	les logiciels concernés par le manquement. La pénalité recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. En cas de manquement répété à ses engagements, les logiciels concernés peuvent perdre leur certification.
	Article L. 162-2-4 nouveau
	Dans le cadre des actions de prévention ou participant à la pertinence de soins identifiés, mises en œuvre dans le cadre des missions mentionnées au 3° de l'article L. 221-1 et au III bis et au IV de l'article L. 315-1, l'assurance maladie peut transmettre aux médecins et aux pharmaciens certaines données personnelles des patients traités par ces professionnels, sauf opposition des patients dûment informés par ces professionnels ou par l'assurance maladie, dans le respect des dispositions du chapitre IX de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés. Les informations transmises ont un lien direct avec l'objet des actions mentionnées au premier alinéa, et sont nécessaires à une meilleure prise en charge du patient, en termes de qualité ou de pertinence. Elles peuvent comprendre des données administratives relatives aux patients, des données liées au remboursement par l'assurance maladie ou encore des données à caractère médical dont dispose l'assurance maladie. L'information peut être transmise aux professionnels à l'aide de services dématérialisés par l'assurance maladie, directement par ses agents dûment habilités, ou à l'aide du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.
Article L. 162-5 actuel	Article L. 162-5 modifié
Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes. La ou les conventions déterminent notamment : 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ; 2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du	Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes. La ou les conventions déterminent notamment : 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ; 2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de

recours aux établissements de soins hospitaliers ; 2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ; 3° (...) 21° Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38 ; 22° Le cas échéant, des engagements individualisés et la contrepartie financière associée. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Ces engagements sont distincts de ceux prévus au 23. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. Ces engagements et cette contrepartie peuvent être révisés durant la période conventionnelle par les instances conventionnelles compétentes. Ces révisions sont mises en œuvre par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ; (...)	leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ; 2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ; (...) ~~21° Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38 ;~~ 22° Le cas échéant, des engagements individualisés et la contrepartie financière associée. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Ces engagements sont distincts de ceux prévus au 23. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. Ces engagements et cette contrepartie peuvent être révisés durant la période conventionnelle par les instances conventionnelles compétentes. Ces révisions sont mises en œuvre par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ; (...)
Article L. 162-5-15 actuel	Article L. 162-5-15 modifié
Les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 du code de la santé publique ainsi que les médecins salariés d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du même code sont identifiés par un numéro personnel distinct du numéro identifiant la structure où ils exercent leur activité. Le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 161-33 du présent code précise les cas dans lesquels ce numéro figure obligatoirement sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie en vue du remboursement ou de la prise en charge des soins dispensés par ces praticiens.	Les médecins ~~mentionnés à l'article L. 6155-1 du code de la santé publique~~ exerçant en totalité ou pour partie leurs fonctions, à titre libéral ou salarié, dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que les médecins salariés d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du même code sont identifiés par un numéro personnel distinct du numéro identifiant la structure où ils exercent, au moins en partie, leur activité. Le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 161-33 du présent code précise les cas dans lesquels ce numéro personnel, ainsi que le cas échéant le numéro identifiant la structure au sein duquel l'acte, la consultation ou la prescription a été réalisé, figurent ~~figure obligatoirement~~ sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie en vue du remboursement ou de la prise en charge des soins dispensés par ces praticiens.
Article L. 162-5-16 actuel	Article L. 162-5-16 modifié
A défaut d'identification par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15 des prescriptions dont l'exécution est assurée par des professionnels de santé exerçant en ville, les dépenses y afférentes constatées par les organismes de sécurité sociale sont imputées sur leurs versements à l'établissement de santé ou au centre de santé dans lequel exerce le médecin ayant effectué la	A défaut d'identification exacte par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15 et par le numéro identifiant la structure, des prescriptions dont l'exécution est assurée par des professionnels de santé exerçant en ville, les dépenses y afférentes constatées par les organismes de sécurité sociale sont imputées sur leurs versements à l'établissement de santé ou au centre de santé dans lequel exerce le médecin ayant effectué la

prescription.	prescription.
	Article L. 162-5-18 nouveau
	Le pharmacien exécutant l'ordonnance comportant ou devant comporter le numéro personnel et le numéro identifiant la structure mentionnés à l'article L. 162-5-15, est tenu de reporter ces numéros sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie. Le non-respect de cette obligation ou la transmission d'éléments erronés peuvent donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code, pour le pharmacien.
Article L. 162-16-1 actuel	Article L. 162-16-1 modifié
Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation (s) syndicales (s) représentative (s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part. La convention détermine notamment : 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ; 2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ; 2° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; 3° (Abrogé) ; 4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ; 5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ; 6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique ; 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ; 8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La	Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation (s) syndicales (s) représentative (s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part. La convention détermine notamment : 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ; 2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ; 2° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; 3° (Abrogé) ; 4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ; 5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ; 6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique ; 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ; 8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des

rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ; (...)	soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficience de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ; (...)

Article 33 – Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires

I. Présentation de la mesure

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

Bien que la France soit l'un des pays de l'OCDE où le reste à charge des ménages est parmi les plus faibles, représentant 7,5 % des dépenses de santé, il demeure important dans les trois domaines que sont l'optique, les aides auditives et les prothèses dentaires. En effet, les restes-à-charge des ménages après intervention de l'assurance maladie complémentaire représentent 25 % de la dépense en soins prothétiques dentaires, 56 % pour les aides auditives et 22 % en optique. Ce reste à charge est d'autant plus fort dans ces trois domaines que les prix sont librement fixés et éloignés des tarifs de remboursement de la sécurité sociale. Ainsi, le renoncement aux soins pour raisons financières est-il important sur ces postes de soins : il s'élève selon l'enquête santé et protection sociale 2014 (EHS-ESPS 2014, Irdes) à 16,8 % en moyenne pour les soins dentaires, dont 28 % pour le premier quintile de revenu, et à 10,1 % pour l'optique, dont 17 % pour ce même quintile. De même, le taux d'équipement des personnes ayant une déficience auditive est estimé à seulement 32,5 % en 2017.

C'est donc un objectif global d'amélioration de l'accès aux soins qu'il s'agit de mettre en œuvre.

Ainsi, les offres sans reste à charge en optique, aides auditives et prothèses dentaires doivent-elles être disponibles pour l'ensemble des assurés par une prise en charge combinée des assurances maladie obligatoire et complémentaire. Ces offres doivent répondre à tous les besoins de santé des assurés grâce à des prestations de qualité proposées à un juste coût, sans pour autant limiter le choix des assurés qui resteront libres d'opter pour un dispositif différent.

Un panier d'équipements et de soins « 100 % santé » répondant aux besoins de santé publique et à de fortes exigences de qualité, dont les tarifs seront plafonnés réglementairement, a été défini suite à une large concertation avec les parties prenantes. Les tarifs maximums sur les soins prothétiques dentaires ont été instaurés quant à eux à l'issue d'une négociation conventionnelle.

Le cahier des charges des contrats solidaires et responsables (contrats complémentaires en santé individuels ou collectifs répondant à des critères de prise en charge minimale, notamment du ticket modérateur, et de plafonnement des prix des prestations et actes couverts, dans un objectif de régulation des dépassements d'honoraires et des prix de l'optique, et donnant lieu à l'application d'un régime de prélèvements sociaux favorable) sera modifié réglementairement afin que ces contrats couvrent obligatoirement les équipements et soins concernés à compter du 1^{er} janvier 2020.

De plus, il apparaît essentiel que ces offres soient effectivement proposées aux patients afin de favoriser l'accès à la santé pour tous, en prévoyant par la voie législative des obligations pour les professionnels de santé. La mise en place d'une évaluation de la satisfaction des assurés est nécessaire de surcroît afin de s'assurer de la bonne mise en œuvre de la réforme.

Enfin, il s'agit de mettre en œuvre une stratégie de prévention des problèmes dentaires et des troubles auditifs et visuels dès le plus jeune âge.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à mettre en œuvre la réforme dite « 100 % santé » qui a fait l'objet d'une concertation avec les acteurs des filières concernées. Il convient en effet d'adapter le cadre législatif existant pour qu'il permette de proposer des équipements du panier « 100 % santé » à tous les assurés.

La mesure prévoit tout d'abord que les contrats de complémentaire santé responsables et solidaires 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 ». Les contrats de complémentaire santé responsables, individuels comme collectifs, souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020 devront obligatoirement couvrir intégralement le panier « 100 % santé ». 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^{er} janvier 2020.

S'agissant de l'optique, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, aujourd'hui faible sur l'ensemble des produits remboursés sera concentrée sur les équipements d'optique « 100 % santé ». Aussi, s'agit-il de prévoir par voie législative la possibilité de différencier les bases de remboursement de la sécurité sociale selon que les produits relèvent, ou non, du 100 % santé. La mesure permettra notamment de fixer à un faible niveau la base de remboursement des équipements ne relevant pas du 100 % santé, pour permettre à la fois de favoriser l'accessibilité générale aux équipements d'optique médicale et assurer la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Il est par ailleurs proposé d'instaurer, par voie réglementaire, une obligation pour les audioprothésistes et les opticiens de disposer d'un nombre minimum d'équipements « 100 % santé ». Ce dispositif s'inspirerait de celui prévalant pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (cf. article L. 165-6 du code de la sécurité sociale).

En outre et afin d'assurer la bonne information des assurés sur l'existence et le contenu de ces offres, les professionnels de santé devront obligatoirement présenter aux assurés un devis comportant au moins un équipement optique ou une aide auditive « 100 % santé » adapté aux besoins du patient, ce qui nécessite la modification de l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale. Une obligation de devis similaire a été prévue conventionnellement pour les soins prothétiques dentaires.

La mesure prévoit par ailleurs de procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des assurés sur les prestations et équipements concernés, ainsi que plus généralement la qualité des soins. Cette évaluation sera réalisée notamment par le biais d'un questionnaire remis obligatoirement aux assurés par les professionnels de santé ou les distributeurs, à l'image du dispositif prévu à l'article L. 1112-2 du code de la santé publique pour les établissements de santé.

Il est également envisagé que les offres du panier « 100 % santé » répondant à toutes les exigences de qualité soient référencées : seules les offres référencées pourront être prises en charge dans ce cadre. Pour les fabricants d'optique médicale et d'aides auditives, le référencement d'offre « 100 % santé » deviendra une obligation pour pouvoir également disposer d'une prise en charge pour d'autres équipements en dehors du panier « 100 % santé ». C'est une condition nécessaire pour permettre de disposer d'un nombre satisfaisant d'équipements de qualité sans frais.

La mesure renforce de surcroît les modalités de contrôle du respect des nouvelles conditions de prise en charge.

Enfin, afin de développer la prévention, au-delà de la création des consultations destinées aux jeunes de 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans, prises en charge à 100%, portées par un autre article du présent projet de loi, sera mis en place un examen bucco-dentaire obligatoire pour les jeunes de 3 ans qui sera pris en charge à 100 % par l'assurance maladie et bénéficiera de la dispense d'avance de frais.

b) Autres options possibles

Une autre option aurait pu consister à laisser les réseaux de soins réguler les prix pour améliorer l'accès financier à ces équipements prothétiques. Cette solution n'aurait toutefois pas permis de garantir l'accès systématique à une offre sans reste-à-charge selon des critères de qualité validés par la Haute Autorité de santé pour tous les assurés chez l'ensemble des professionnels et des distributeurs. L'existence d'une telle offre suppose la révision de la nomenclature, la fixation de prix limites de vente et de planchers de remboursement, qui fondent la réforme mise en place.

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

La mesure s'inscrit dans le cadre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, en ce qu'elle a un impact direct sur les dépenses d'assurance maladie des régimes obligatoires de base, ainsi que du 2° du B du V du même article, s'agissant des obligations de couverture par les contrats solidaires et responsables, compte tenu des effets induits par la modification du cadre applicable à ces contrats sur les recettes de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet.

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 133-4, L. 165-1, L. 165-2, L. 165-9 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale seront modifiés. Il sera en outre créé l'article L. 165-1-4 dans ce même code.

L'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique sera modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L. 2134-1 du code de la santé publique sera supprimé.

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

Départements et Régions d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure partiellement applicable (les mesures relatives aux dispositifs médicaux s'y appliquent directement)
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure partiellement applicable (les mesures relatives aux dispositifs médicaux et aux examens bucco-dentaires s'y appliquent directement)
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La réforme de la prise en charge des équipements d'optique, des aides auditives et des prothèses dentaires sera mise en œuvre progressivement entre 2019 et 2021.

Les impacts attendus pour l'assurance maladie qui découlent des concertations avec les acteurs de la négociation et de leur calendrier de montée en charge, incluant une revalorisation des bases de remboursement mais aussi des hausses de volume des soins prothétiques réalisés du fait d'une diminution du renoncement aux soins, sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Branche maladie		- 220	- 480	- 690	-755

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

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

a) impacts économiques

La mesure, négociée en concertation avec les assureurs complémentaires, devrait avoir un impact équilibré sur les primes des contrats de complémentaire santé individuels ou collectifs.

En effet, si la disposition améliorera le niveau minimal de couverture, contribuant à limiter les frais des ménages sur trois postes soumis à des restes à charge élevés, l'effet potentiellement haussier sur le niveau des primes sera contenu à plusieurs titres. Tout d'abord, une part importante du coût sera assumée par l'assurance maladie du fait du relèvement de la prise en charge de ces soins et dispositifs par la sécurité sociale. La mise en œuvre de la réforme sera en outre progressive, lissant les différents impacts entre 2019 et 2021. De plus, les plafonnements tarifaires instaurés sur le panier 100 % santé devraient restreindre le coût et le volume des prestations prises en charge intégralement par l'assurance maladie complémentaire. De même, les limitations posées au niveau et à la périodicité de la prise en charge par les contrats responsables des dispositifs d'optique et d'aides auditives contribueront à diminuer le coût des contrats et à modérer le prix des soins en évitant la solvabilisation de pratiques tarifaires excessives.

Par ailleurs, un comité de suivi de la réforme sera mis en place auprès du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, réunissant des représentants des services de l'Etat, de l'assurance maladie, et des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce comité s'attachera à suivre notamment l'évolution des volumes et des prix de vente des équipements pris en charge, des garanties couvertes, ou encore des primes des contrats.

L'impact économique de la mesure sur les fabricants et les distributeurs en optique, aides auditives et prothèses dentaires sera fonction du taux de recours aux équipements du panier 100% santé, mais aussi de la hausse prévisible des volumes de vente, s'agissant de secteurs qui font l'objet de renoncements aux soins particulièrement fréquents. A titre illustratif, environ un tiers de la population ayant une déficience auditive est aujourd'hui équipée en aides auditives alors qu'on estime que la moitié des personnes auraient besoin d'être appareillées.

Par ailleurs, à l'image de l'observatoire en optique médicale mis en place depuis 2015, un observatoire des prix et de la prise en charge des aides auditives sera créé en 2019 afin de suivre notamment les évolutions du marché de ces appareils, de la satisfaction et de l'accès des assurés à ces équipements, ainsi que de la filière dans laquelle s'inscrivent leur production et leur distribution.

Enfin, la réforme 100 % santé s'inscrit dans un objectif plus large d'amélioration de l'accès aux soins et de renforcement de la prévention. Aussi, le ministère des solidarités et de la santé mènera prochainement des réunions de concertation avec les acteurs de la filière optique pour déterminer les évolutions relatives à l'organisation de cette filière, à l'évolution des formations et des exigences professionnelles ainsi qu'aux rôles et responsabilités des différentes professions de santé. Une attention particulière sera portée à la mise en place d'actions de dépistage des troubles visuels.

b) impacts sociaux

La mesure devrait avoir un impact favorable sur le taux de renoncement aux soins pour motif financier, en garantissant une prise en charge intégrale des équipements d'optique, des aides auditives et des prothèses dentaires, pour lesquels le reste à la charge des assurés est très élevé actuellement.

Cette réforme sera particulièrement favorable aux assurés ayant des consommations de soins importantes sans toutefois bénéficier d'une prise en charge complémentaire très protectrice, à l'instar des personnes âgées. On estime ainsi que, pour les personnes de plus de 65 ans qui consomment le soin considéré, le reste à charge sur les aides auditives s'élève, après prise en charge combinée de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, à 1485 euros. De même, le reste à charge moyen des plus de 65 ans consommant s'élève à 340 euros sur les soins prothétiques dentaires et à 105 euros sur leur équipement d'optique. La disposition permettra à ces mêmes personnes d'accéder à une offre de soins de qualité sans frais à leur charge dès lors qu'elles ont souscrit un contrat responsable.

Par ailleurs, la réforme constitue un projet global d'amélioration de l'accès aux soins et traite, au-delà des questions de remboursement, de l'ensemble des aspects touchant l'accès aux soins, qu'il s'agisse de prévention ou de l'organisation des filières de soins, en cohérence avec la stratégie nationale de santé.

• Impact sur les jeunes

Des actions de prévention destinées aux jeunes sont prévues. Le dépistage des troubles visuels et auditifs sera renforcé au plus jeune âge, avec la création de trois nouvelles consultations du médecin traitant ou scolaire destinées aux jeunes de 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans, prises en charge à 100%. De même, un renforcement de la prévention bucco-dentaire est prévu pour diminuer le recours aux soins prothétiques, grâce à la mise en place d'un examen MT/dents obligatoire pour les enfants de 3 ans.

• **Impact sur les personnes en situation de handicap**

La mesure bénéficiera aux personnes porteuses de déficits visuels et auditifs importants en leur assurant un meilleur accès financier aux équipements d'optique médicale et aux aides auditives. Les négociations conventionnelles dentaires ont pour leur part prévu la mise en place d'un forfait de prise en charge spécifique pour les personnes atteintes d'un handicap mental lourd afin d'améliorer leur accès aux soins dentaires.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Les femmes sont majoritairement représentées parmi les publics en situation de précarité, notamment au sein des familles monoparentales. Elles bénéficieront à ce titre de manière privilégiée de la réforme, qui limitera leurs restes à charge et donc le renoncement aux soins pour motifs financiers.

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

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

La mesure n'aura pas d'impact sur les démarches administratives à effectuer.

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

La mise en œuvre de la mesure nécessitera de réviser les conditions de prise en charge des dispositifs médicaux concernés. Elle sera traitée dans le cadre des moyens existants.

c) Les systèmes d'information des caisses d'assurance maladie devront être adaptés pour permettre le contrôle des prix limites de vente et des périodicités de renouvellement des équipements. impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat modifiera les dispositions relatives au cahier des charges des contrats responsables prévue à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale et sera publié en janvier 2019.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités de référencement des offres 100 % santé et un autre les modalités de réalisation des évaluations de la satisfaction des patients.

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

L'offre 100 % santé, dont les prix sont plafonnés, sera disponible à compter du 1^{er} janvier 2019 pour les aides auditives, du 1^{er} avril 2019 pour les prothèses dentaires et du 1^{er} janvier 2020 pour les équipements d'optique. Les modifications des devis entreront en vigueur courant 2019 s'agissant des aides auditives et à compter du 1^{er} janvier 2020 s'agissant de l'optique.

La couverture intégrale du panier 100 % santé sera obligatoire pour les contrats responsables souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020 pour l'optique et une partie du dentaire et à compter du 1^{er} 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^{er} janvier 2020

- Pour les contrats de complémentaire santé individuels

Les organismes de complémentaires santé souhaitant commercialiser des contrats solidaires et responsables et donc bénéficier des avantages qui y sont attachés devront modifier les garanties qu'ils proposent afin que les contrats

souscrits ou renouvelés à partir du 1er janvier 2020 respectent le nouveau cahier des charges des contrats solidaires et responsables. Les contrats de complémentaire santé qui ne respectent pas le nouveau cahier des charges à partir de cette date ne pourront plus bénéficier des avantages fiscaux inhérents à ce type de contrats.

Dans le cadre de modifications des contrats visant à une mise en conformité avec le cahier des charges des contrats solidaires et responsables, les articles L. 112-3 du code des assurances, L. 221-5 du code de la mutualité et L. 932-3 du code de la sécurité sociale prévoient l'application d'une procédure simplifiée : la modification de contrat proposée par l'organisme complémentaire est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur dans un délai de trente jours.

- Pour les contrats de complémentaire santé collectifs

De la même façon que pour les contrats individuels, le nouveau cahier des charges des contrats solidaires et responsables sera applicable aux contrats collectifs obligatoires dès le 1er janvier 2020.

Ainsi, en premier lieu, les conventions et accords collectifs en matière de remboursements de frais de soins de santé devront être adaptés au nouveau cahier des charges des contrats solidaires et responsables, et en second lieu, les contrats d'assurance souscrits par les employeurs devront être adaptés au même titre.

D'une part, l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale prévoit que les contrats conclus en vue d'assurer la couverture minimale collective à adhésion obligatoire en matière de santé sont conformes aux conditions prévues à l'article L. 871-1 et donc conformes au cahier des charges des contrats solidaires et responsables. Alors que le dispositif des contrats solidaires et responsables conserve un caractère purement incitatif pour les contrats individuels, la rédaction de l'article L. 911-7 lui confère un caractère obligatoire. Les conventions et accords collectifs conclus en matière de santé par les partenaires sociaux doivent donc être mis en conformité avec les nouvelles obligations des contrats solidaires et responsables. Les partenaires sociaux auront toute latitude pour renégocier, pendant une durée d'un an au cours de l'année 2019, des accords de branche en matière de santé, adaptés aux nouvelles spécifications des contrats responsables, telles qu'elles seront définies à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

D'autre part, des procédures existent pour mettre à jour les contrats d'assurance, supports de la couverture des salariés, et ainsi maintenir le bénéfice des exonérations de cotisations sociales patronales pour la participation de l'employeur au financement des garanties prévues. En effet, la procédure simplifiée de modification des contrats visant une mise en conformité avec le cahier des charges des contrats solidaires et responsables citée supra est également applicable aux contrats collectifs.

3. Modalités d'information des assurés

Une campagne de communication publique sera mise en œuvre afin d'informer l'ensemble des assurés, appuyée par les caisses d'assurance maladie. De plus, des kits de formation et de communication seront mis à disposition des professionnels de santé et des distributeurs médicaux.

4. Suivi de la mise en œuvre

Un comité de suivi de la réforme, avec les représentants de l'Etat, de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire, sera mis en œuvre afin de suivre notamment l'impact sur les primes d'assurance, l'évolution des garanties des contrats de complémentaire santé, le volume des ventes des équipements du panier 100 % santé et l'évolution des prix des autres équipements. Ce comité s'appuiera sur les travaux des observatoires des prix et de la prise en charge en optique et en audiologie.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 133-4 actuel	Article L. 133-4 modifié
En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation : 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 ; 2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement. Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés. Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort. Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations. Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes	En cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation : 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 ; 2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel, du distributeur ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé, à un distributeur ou à un établissement. Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés. Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort. Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations. Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes

portées sur la notification. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des quatre alinéas qui précèdent.	portées sur la notification. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article ~~des quatre alinéas qui précèdent~~.
Article L. 162-9 actuel	Article L. 162-9 modifié
Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions. Ces conventions déterminent : 1°) les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ; 2°) Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ; 3°) La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 3° du présent article, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 621-2 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ; 4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ; 5°) Le cas échéant : a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ; b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ; c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ; 6°) Le cas échéant, les modes de rémunération, autres	Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions. Ces conventions déterminent : 1°) les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ; 2°) Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ; 3°) La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 2° du présent article ~~prévues au 3° du présent article~~, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 621-2 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ; 4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ; 5°) Le cas échéant : a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ; b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ; c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1° ; 7°) Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ; 7° bis) Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; 8° Les conditions à remplir par les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes pour être conventionné, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations. Si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection ou de cette aide, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés.	6°) Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1° ; 7°) Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ; 7° bis) Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; 8° Les conditions à remplir par les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes pour être conventionné, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations. Si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection ou de cette aide, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés.
Article L. 165-1 actuel	Article L. 165-1 modifié
Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.	Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription, ~~et d'utilisation~~ d'utilisation et de distribution. L'inscription sur la liste peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou 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

L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa des produits répondant pour tout ou partie à des descriptions génériques particulières peut être subordonnée au dépôt auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par les fabricants, leurs mandataires ou distributeurs, d'une déclaration de conformité aux spécifications techniques des descriptions génériques concernées. L'inscription de ces produits sur la liste prend la forme d'une description générique renforcée permettant leur identification individuelle. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l'agence précitée. La liste des descriptions génériques renforcées mentionnées au deuxième alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon une procédure et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat, compte tenu de l'intérêt pour la santé publique que présentent les produits relevant de ces descriptions ou de leur incidence sur les dépenses de l'assurance maladie. Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixées par décret en Conseil d'Etat. La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.	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. L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa des produits répondant pour tout ou partie à des descriptions génériques particulières peut être subordonnée au dépôt auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par les fabricants, leurs mandataires ou distributeurs, d'une déclaration de conformité aux spécifications techniques des descriptions génériques concernées. L'inscription de ces produits sur la liste prend la forme d'une description générique renforcée permettant leur identification individuelle. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l'agence précitée. La liste des descriptions génériques renforcées mentionnées au deuxième alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon une procédure et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat, compte tenu de l'intérêt pour la santé publique que présentent les produits relevant de ces descriptions ou de leur incidence sur les dépenses de l'assurance maladie. Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixées par décret en Conseil d'Etat. La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.
	Article L. 165-1-4 nouveau
	I. – Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le fabricant ou pour le distributeur, de proposer et de disposer de certains produits ou prestations appartenant aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article. II. – La distribution, en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie, de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, 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 liste mentionnée à l'article L. 165-1 et celles fixées au I du présent article, ainsi que la satisfaction des patients. III. – Les sommes dues en application des dispositions de l'article L. 133-4 sont recouvrées auprès du distributeur concerné lorsqu'elles résultent du non-respect des dispositions du I ou de l'article L. 165-9 par ce distributeur. IV. – Le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du fabricant ou du distributeur, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité

	financière : 1° D'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxe total réalisé en France en cas de méconnaissance des obligations mentionnées au I ; 2° D'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France pour les produits ou prestations pour lesquels les obligations mentionnées au II ou à l'article L. 165-9 ont été méconnues. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et du nombre de réitérations des manquements. V. – Le distributeur qui n'entend pas mettre en œuvre les obligations mentionnées au présent article et à l'article L. 165-9 en informe les assurés sociaux avant la conclusion de tout contrat de vente. L'ensemble des produits et prestations qu'il distribue ne peuvent alors être admis au remboursement. VI. – Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application du présent article.
Article L. 165-2 actuel	Article L. 165-2 modifié
I.-Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique ou par description générique renforcée sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. La fixation de ce tarif tient compte principalement 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. II.-Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants : 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ; 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions	I.-Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique ou par description générique renforcée sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. La fixation de ce tarif tient compte principalement 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. Elle peut également tenir compte, à la demande des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. II.-Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants : 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L.

prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie ; 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ; 4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ; 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ; 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ; 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés. Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables. III.-La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public. IV.-Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1.	165-1 ; 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie ; 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ; 4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ; 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ; 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ; 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés. 8° L'appartenance du produit ou de la prestation à une classe autre que les classes à prises en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables. III.-La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public. IV.-Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1. V. – Par dérogation aux dispositions des I et II, le tarif de responsabilité des produits et prestations n'appartenant pas aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 peut être fixé par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Article L. 165-9 actuel	Article L. 165-9 modifié
Le 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 liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 165-1 remet 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. Avant le paiement, le professionnel de santé qui délivre au public un produit ou une prestation d'appareillage des déficients de l'ouïe ou d'optique-lunetterie remet à l'assuré une note détaillée reprenant les mêmes éléments ainsi que les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité des dispositifs médicaux fournis. La note et les informations d'identification et de traçabilité sont transmises à l'organisme de sécurité sociale auquel est affilié l'assuré. Le contenu et la présentation du devis et de la note sont fixés par un arrêté pris dans les conditions prévues à l'article L. 113-3 du code de la consommation. Les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de l'économie et de la sécurité sociale.	Le 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 liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 165-1 remet à l'assuré social, avant la conclusion du contrat de vente, un devis normalisé comportant le prix de vente de chaque produit proposé, incluant la fourniture du produit et précisant les prestations indissociables, 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 devis comporte au moins un équipement d'optique médicale ou une aide auditive appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, sous réserve qu'il en existe un qui réponde au besoin de santé. Avant le paiement, le professionnel de santé qui délivre au public un produit ou une prestation d'appareillage des déficients de l'ouïe ou d'optique-lunetterie remet à l'assuré une note détaillée reprenant les mêmes éléments ainsi que les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité des dispositifs médicaux fournis. La note ~~et les informations d'identification et de traçabilité sont transmises~~ est transmise à l'organisme de sécurité sociale auquel est affilié l'assuré. ~~Le contenu et la présentation du devis et de la note sont fixés par un arrêté pris dans les conditions prévues à l'article L. 113-3 du code de la consommation.~~ ~~Les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de l'économie et de la sécurité sociale.~~ Le contenu et la présentation du devis et de la note, y compris les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité, 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 mentionné à l'article L. 112-1 du code de la consommation.
Article L. 871-1 actuel	Article L. 871-1 modifié
Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1^{er} quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2^o du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un	Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1^{er} quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2^o du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les

accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code, qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.

Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.

opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code, qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.

Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles **peuvent être** pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale **et les aides auditives**. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.

Code de la santé publique	
Article L. 2132-2-1 actuel	Article L. 2132-2-1 modifié
Dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Cet examen ne donne pas lieu à contribution financière de la part des familles. Cette obligation est réputée remplie lorsque le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1 de la réalisation des examens dispensés. Un accord conventionnel interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ou les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même code déterminent pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. Celles-ci concernent notamment l'information des personnes concernées, la qualité des examens, le suivi des personnes et la transmission des informations nécessaires à l'évaluation du programme de prévention dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.	Dans l'année qui suit ~~leur sixième et leur douzième~~ leur troisième, leur sixième, leur neuvième, leur douzième et leur quinzième anniversaire, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen bucco-dentaire de prévention réalisés par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Cet examen ne donne pas lieu à contribution financière de la part des familles. Cette obligation est réputée remplie lorsque le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1 de la réalisation des examens dispensés. Dans l'année qui suit leur dix-huitième, leur vingt-et-unième et leur vingt-quatrième anniversaire, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Les examens prévus aux alinéas précédents ainsi que, le cas échéant, les soins consécutifs sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-12 du code de la sécurité sociale. Un accord conventionnel interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ou les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même code déterminent pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre ~~de cet examen de ces examens~~. Celles-ci concernent notamment l'information des personnes concernées, la qualité des examens, le suivi des personnes et la transmission des informations nécessaires à l'évaluation du programme de prévention dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. A défaut d'accord sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces examens et sur la prise en charge des soins consécutifs, ces dernières sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
Article L. 2134-1 actuel	Article L. 2134-1 supprimé
Dans l'année qui suit leur neuvième, leur quinzième, leur dix-huitième, leur vingt et unième et leur vingt-quatrième anniversaires, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Ces examens, ainsi que les soins consécutifs, ne donnent pas lieu à contribution financière de la part des assurés. Les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale déterminent, pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes, la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. A défaut de	(abrogé)

convention, ou si la convention ne prévoit pas de disposition sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen et sur la prise en charge des soins consécutifs, ces dernières sont définies par arrêté interministériel.	

Article 34 - Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé

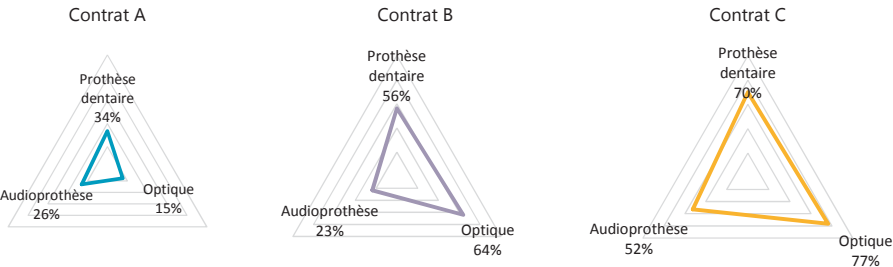
I. Présentation de la mesure

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

L'amélioration de l'accès aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé pour les populations précaires, à savoir la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), dont le taux de recours s'élève entre 64% et 76 %, et *a fortiori* l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) est une préoccupation majeure du Gouvernement.

En effet, le bilan de la réforme de mise en concurrence des contrats éligibles à l'ACS entrés en vigueur le 1^{er} juillet 2015 met en lumière une amélioration globale de l'accès aux soins de leurs bénéficiaires, mais un taux de recours qui même en augmentation significative demeure faible, estimé entre 35 % et 51% par rapport à la population éligible¹. De plus, seuls les trois quarts des titulaires de l'aide, ayant effectué les démarches nécessaires auprès de la caisse d'assurance maladie pour bénéficier de l'attestation de droit, la font effectivement valoir auprès d'un organisme complémentaire. Ceci s'explique notamment par la relative complexité des démarches pour les assurés (nécessité de choisir un niveau de contrat, puis son contrat parmi les offres sélectionnées, transmission du chèque etc.), mais aussi par la persistance de restes à charge élevés sur certains postes de soins en fonction du type de contrat retenu parmi les trois options possibles (soins prothétiques dentaires, aides auditives, etc.).

Contrat ACS : Taux de couverture de la dépense totale par les remboursements de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire sur les sous-postes des soins partiellement couverts

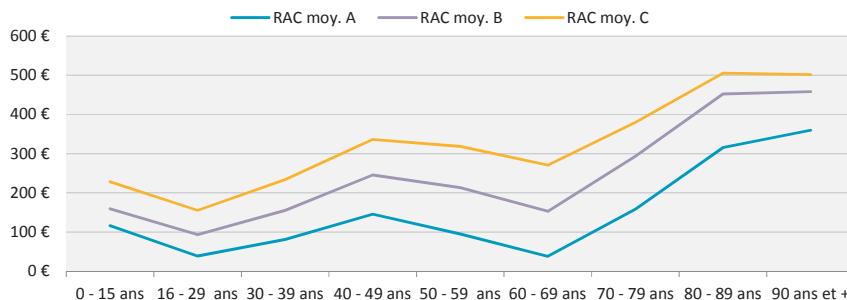


Source : 10 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2016, rapport annuel du Fonds CMU- octobre 2017

Ce dispositif entraîne ainsi des effets de seuil importants entre les bénéficiaires de la CMU-c et les personnes éligibles à l'ACS pour des niveaux de revenus très proches. Le reste à payer moyen sur les primes des contrats d'ACS après déduction des chèques d'aide s'élève à 104 € pour les bénéficiaires d'un contrat A (comportant le niveau de garantie de base), 181 € pour les titulaires d'un contrat B (intermédiaire) et 263 € pour les titulaires d'un contrat C (le plus couvrant). Les personnes âgées doivent parfois assumer des primes particulièrement élevées, alors même qu'elles comptent parmi les publics cibles de l'ACS, les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées remplissant notamment les conditions de ressources pour être éligibles à l'ACS.

¹ Cf. rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé, Fonds CMU, octobre 2017

Évolution du reste à payer sur les primes des contrats ACS (reste à charge sur les prix) couvrant une personne (situation au 31 décembre 2016)



Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2016, rapport annuel du Fonds CMU- octobre 2017

Aussi, il est proposé de moderniser le droit à la protection complémentaire en santé en étendant la CMU-c aux personnes susceptibles de bénéficier aujourd'hui de l'ACS, ce qui permettra de répondre aux critiques sur la complexité du dispositif de l'ACS, de supprimer les effets de seuils induits par le franchissement du plafond de ressources de la CMU-c et de garantir une meilleure prise en charge des frais de soins des assurés à des tarifs accessibles, tout en présentant un impact financier maîtrisable.

En outre, les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) sont réputés satisfaire les conditions d'éligibilité à la CMU-c, ce qui se justifie par les différences entre les plafonds de la CMU-c et les montants maximum du RSA (734 € contre 550,93 € pour une personne seule au 1^{er} avril 2018). En pratique, les demandeurs et les bénéficiaires du RSA n'ont pas à renseigner leurs ressources lors de leur demande de CMU-c. Pour autant, ils doivent chaque année faire une demande pour reconquérir leur droit à la CMU-c, ce qui peut occasionner des renoncements au recours au dispositif. Il est donc proposé d'instaurer un renouvellement automatique de la CMU-c pour les allocataires du RSA, ce qui doit être explicitement inscrit dans la loi, à l'image du renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire aux personnes âgées (ASPA).

Enfin, la réforme de la protection universelle maladie a conduit à la réécriture des dispositions concernant les soins de santé des pensionnés résidant à l'étranger dans un seul article. Or l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale qui en est résulté permet une ouverture plus large qu'antérieurement aux ressortissants d'États tiers à l'Union Européenne, titulaires d'une pension ou d'une rente française et résidant à l'étranger, lors de leur séjour temporaire, sans plus aucune référence à une durée d'assurance minimale (et donc à la notion de juste contributivité) et quelle que soit la nature des soins (inopinés ou programmés). Par ailleurs, la rédaction actuelle pose encore des questions d'articulation avec les accords internationaux et le règlement européen, dans les situations de séjours temporaires en France.

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

a) Mesure proposée

La présente mesure propose d'étendre l'éligibilité à la CMU-c aux personnes susceptibles de bénéficier aujourd'hui de l'ACS, moyennant une participation financière potentielle de l'assuré. La CMU-c demeurera ainsi gratuite jusqu'à ses plafonds de ressources actuels et payante entre les plafonds CMU-c et ACS, avec un niveau de participation fonction de l'âge du bénéficiaire. L'objectif est de pouvoir maîtriser le niveau de participation et de s'assurer de la soutenabilité financière pour l'ensemble des assurés. Les autres conditions d'éligibilité au dispositif, les droits attachés (tarifs opposables, tiers payant intégral, contrats de sortie, etc.) et les règles de gestion (gestion partagée entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaire santé) seront les mêmes que ceux prévalant actuellement pour la CMU-c.

Cette mesure permettra d'assurer aux nouveaux bénéficiaires de la CMU-c la prise en charge complémentaire de la totalité des frais de soins en sus des tarifs de responsabilité plafonnée en optique, dentaire, aide auditive, mais aussi d'un grand nombre de dispositifs médicaux actuellement non pris en charge par l'ACS au-delà de la part couverte par l'assurance maladie obligatoire. En cohérence avec la réforme « 100 % santé en dentaire, optique, audiologie », elle garantira l'absence de reste à charge aux personnes entrant dans le champ actuel de l'éligibilité de l'ACS, limitant ainsi les renoncements aux soins pour raison financière de ces publics.

Elle représentera également une simplification pour l'assuré, qui n'aura plus à choisir un contrat parmi une offre normée, et permettra d'améliorer le taux de couverture en complémentaire santé de ces populations.

Cette réforme sera particulièrement favorable aux personnes âgées qui doivent assumer parfois des niveaux de cotisations de complémentaire santé très élevés. Les dispositions relatives à la couverture complémentaire santé des

personnes âgées de soixante-cinq ans prévues aux articles L. 864-1 et L. 864-2 du code de la sécurité sociale introduites par la LFSS pour 2016, qui instaurent les contrats dit seniors dont la mise en œuvre s'est révélée complexe, n'ont donc plus lieu d'être.

En outre, la mesure propose d'instaurer un renouvellement automatique de la CMU-c pour les allocataires du RSA. En pratique, la présomption de droit dont ils bénéficient aujourd'hui pour la CMU-c perdurera pour les primo demandes. Par la suite, et tant que les personnes percevront le RSA, leur droit CMU-c sera renouvelé automatiquement à chaque échéance annuelle sans qu'elles aient besoin de produire un dossier. Le renouvellement automatique devra donc s'accompagner de vérifications par la CPAM afin de s'assurer que le bénéficiaire dispose toujours de droits ouverts au RSA. L'assuré sera de plus informé de ce renouvellement et de la possibilité de ne pas en bénéficier ou de changer d'organisme gestionnaire.

Cet article prévoit également de confier directement aux directeurs de caisses la compétence en matière d'octroi ou de refus de la CMU-c, compétence qui leur est aujourd'hui dévolue par délégation des préfets.

S'agissant des dispositions relatives « aux pensionnés », il est proposé :

- d'articuler le droit à la prise en charge des frais de santé des pensionnés avec les règles internationales en le restreignant aux pensionnés se trouvant exclusivement à la charge financière de la France en matière de soins de santé. Ceci inclut le règlement européen qui prévoit déjà la prise en charge par la France des soins de santé des pensionnés résidant en UE et pour lesquels la France est compétente ;
- pour les autres cas de figure (hors situation du règlement ou d'un accord bilatéral prévoyant la prise en charge des soins de santé des pensionnés), il est nécessaire de fixer une limite en dessous de laquelle la législation interne ne prévoit plus de prise en charge des soins de santé aux pensionnés lors de leurs séjours temporaires en France, lorsqu'ils résident en dehors du territoire.

Il est ici proposé de reprendre la durée minimale d'assurance de 15 ans qui s'appliquait précédemment aux pensionnés ressortissants d'États tiers.

b) Autres options possibles

S'agissant de l'extension de la CMU-c, une alternative aurait été de maintenir l'ACS en lançant une nouvelle procédure de mise en concurrence des contrats en 2019. Néanmoins, cette option aurait conduit à une augmentation des primes pour les assurés, sans garantir un panier de soins sans reste à charge aussi large que celui de la CMU-c et sans réduire les complexités d'accès propres au dispositif de l'ACS.

S'agissant de la modulation de la participation financière à la CMU-c, il aurait pu être envisagé de la faire varier en fonction des revenus de ses bénéficiaires. Néanmoins, un tel schéma aurait engendré soit un nombre élevé de perdants, créant une solidarité importante entre les bénéficiaires aux revenus pourtant très proches, soit un coût très important pour les finances publiques afin de limiter le nombre de perdants.

Pour les pensionnés, il aurait pu être envisagé de s'appuyer sur le principe de la plus longue durée d'affiliation plutôt que sur une durée d'assurance d'au moins 15 années en France. Néanmoins, sur le plan pratique, cette solution implique de faire reposer les droits sur des données communiquées par chaque assuré concernant sa carrière internationale, ce qui semble lourd et moins fiable que la solution proposée.

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

La mesure s'inscrit dans le cadre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire. Les droits CMU-c demeureront gérés par l'assurance maladie obligatoire et par les organismes complémentaires santé, avec les mêmes obligations que celles existantes actuellement et seront destinés à des publics en situation de précarité.

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

a) Possibilité de codification

Insertion du principe de participation de l'assuré à son droit CMU-c dans le code de la sécurité sociale et du renouvellement automatique des droits CMU-c pour les allocataires du RSA.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les articles L. 863-1 et suivants du code de la sécurité sociales, relatifs à l'ACS, devront être abrogés.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les coûts moyens de la CMU-c ont été simulés en faisant l'hypothèse, pour la population des recourants actuels à l'ACS, d'une consommation de soins équivalente à celle des bénéficiaires actuels de la CMU-c à structure d'âge, de sexe et d'ALD équivalentes. Cette hypothèse d'adaptation de la consommation de soins des anciens bénéficiaires de l'ACS à ceux de la CMU-c semble la plus robuste compte tenu de leur accès facilité aux soins par la mise en place de plafonds de dépassements. Il apparaît ainsi que les coûts moyens par âge de l'ACS et de la « CMU-c étendue » sont relativement proches. En effet, l'extension des droits rattachés à la CMU-c devrait d'un côté augmenter le taux de recours et être accompagnée d'une hausse de la consommation de soins, en particulier ceux jusque-là non plafonnés, d'un autre côté permettre une gestion plus efficiente de la prestation.

Sur la base des différentes simulations réalisées, la mise en place d'une tarification croissante avec l'âge semble la plus pertinente, en ce qu'elle permet de limiter les perdants en moyenne par classe d'âge par rapport à l'existant, tout

en contenant le surcoût pour le Fonds CMU à la seule conséquence de l'augmentation du taux de recours des anciens éligibles à l'ACS.

Aussi, il est fait l'hypothèse d'une amélioration de 3 points du taux de recours en 2020 pour les anciens éligibles à l'ACS, de 6 points en 2021 et de 9 points en 2022 du fait de l'amélioration intrinsèque de la couverture proposée, du meilleur rapport qualité-prix et de la simplification des démarches.

En simulant un niveau de profil de primes mensuelles de 8 € pour les 0-5 ans à 30€ pour les personnes âgées de plus de 75 ans, qui pourrait faire l'objet d'ajustements avant l'entrée en vigueur du dispositif en fonction de travaux d'expertise, le surcoût des dépenses est alors estimé à 60 M€ en 2020, à 90 M€ en 2021 et à 120 M€ en 2022.

De plus, l'extension de la CMU-c génèrera une moindre recette de 85M€ de taxe de solidarité additionnelle du fait de la suppression des contrats ACS.

Concernant le renouvellement automatique de la CMU-c pour les bénéficiaires du RSA, on estime à 2,96 millions le nombre d'allocataires du RSA bénéficiaires de la CMU-c et à 1 % la part de non renouvelants de la CMU-c pour cette population (Fonds CMU-c). 23% des allocataires du RSA n'étant plus éligibles l'année suivante au RSA ou ne le renouvelant pas (source DREES), le coût du renouvellement automatique est évalué à 15 M€ en année pleine sur la base d'un coût moyen CMU-c de 410 €.

Compte tenu de la réforme du financement du Fonds CMU prévue par l'article 28 de la LFSS pour 2018, les dépenses réalisées par le Fonds sont automatiquement financées par la taxe de solidarité additionnelle (le Fonds est attributaire de la part de la TSA sur les contrats d'assurance maladie complémentaire nécessaire à l'équilibrage de son résultat, le solde étant attribué à la CNAM). La variation des dépenses prises en charge par le Fonds CMU induite par la mesure se répercute à l'euro près sur les produits retranscrits dans les comptes de la CNAM via la réduction de la part de la taxe attribuée à la CNAM.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Fonds CMU-c/CNAM		-11	- 160	- 190	- 220

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

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

a) impacts économiques

L'extension de la CMU-c améliorera le pouvoir d'achat des assurés en maîtrisant leur taux d'effort pour acquitter leur prime de contrat d'assurance santé.

b) impacts sociaux

La présente mesure vise à réduire le renoncement aux soins pour des raisons financières en améliorant la couverture en complémentaire santé des populations précaires.

En effet, en matière de reste à charge, outre le montant à restant à payer sur le prix du contrat après utilisation du chèque ACS, les bénéficiaires de l'ACS sont moins bien protégés que les bénéficiaires de la CMU-c. Ils contribuent à leurs dépenses de santé, avec une participation financière quasiment équivalente à celle de la population générale alors que les soins des personnes couvertes par la CMU-c sont presque intégralement pris en charge.

Par ailleurs, s'agissant du volet pensionnés de la mesure, au 31 décembre 2017, sur 807 000 titulaires d'une pension vieillesse française résidant à l'étranger, 50 000 avaient cotisé pendant moins de 15 ans dans leur régime, soit 7 % ; parmi les assurés ayant cotisé moins de 15 ans, 24 000 seraient concernés par cette mesure en raison de leur résidence dans un État hors de l'Union européenne, non couvert par une convention bilatérale de sécurité sociale, ou dont la convention bilatérale ne prévoit pas la prise en charge de leurs frais de santé.

• Impact sur les jeunes

L'élargissement du public éligible à la CMU-c permettra aux jeunes qui en seront bénéficiaires d'accéder à une offre de santé sans aucun reste à charge. Si certaines jeunes actuellement bénéficiaires d'un contrat ACS, notamment de type A (le moins protecteur), pourraient avoir à assumer une augmentation modérée de leurs primes, ils bénéficieraient toutefois d'une couverture complémentaire bien plus protectrice et donc d'une diminution des restes à charge sur leurs soins.

La mesure facilitera aussi l'accès à la complémentaire des jeunes dès lors qu'il sont membres d'un foyer qui perçoit le RSA ou qu'ils bénéficient à titre individuel du RSA.

Les enfants mineurs à charge du pensionné, résidant à l'étranger et entrant dans le champ du dispositif de prise en charge des frais de santé lors des séjours temporaires en France, pourront bénéficier de la même prise en charge que leur parent.

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

Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont pour certains aujourd'hui éligibles à la CMU-c ou, plus fréquemment, à l'ACS. Ces derniers bénéficieront ainsi d'une meilleure couverture, en particulier grâce à la prise en charge intégrale d'un certain nombre de dispositifs médicaux (fauteuils roulants, cannes, pansements etc.).

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Les femmes représentent 55 % de la population couverte par un contrat ACS. Elles seront donc favorisées par l'extension de la CMU-c.

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

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

La mesure vise à la fois à favoriser l'accessibilité financière aux soins et également à simplifier les démarches administratives. L'assuré n'aura plus à choisir de niveau de contrats dans une liste limitative. Il devra, après notification du montant de sa participation financière, transmettre à l'organisme chargé de la gestion de sa CMU-c un moyen de paiement, ce document conditionnant l'ouverture des droits.

S'agissant du renouvellement automatique de la CMU-c pour les bénéficiaires du RSA, la mesure permettra de réduire le risque de renoncement au droit dû à des démarches annuelles répétitives.

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

L'extension de la CMU-c nécessitera des adaptations des procédures de gestion et des systèmes d'information des régimes gestionnaires. La caisse devra ainsi instruire le dossier selon les mêmes principes que l'ACS aujourd'hui : en cas d'éligibilité à la CMU-c sur sa composante soumise à contribution, elle devra, au lieu de calculer un montant de chèque ACS, déterminer le montant de la participation financière pour chaque membre du foyer en fonction de son âge au 1^{er} janvier de l'année de la demande. L'assuré recevra alors un courrier de la caisse lui indiquant le montant de participation financière pour lui et les membres de son foyer. S'il souhaite faire valoir son droit, il devra retourner une autorisation de prélèvement à l'assurance maladie ou à un organisme complémentaire qui gère la CMU-c.

S'agissant du renouvellement automatique de la CMU-c pour les bénéficiaires du RSA, la mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants. Des flux d'information existent d'ores et déjà entre la CNAF et la CNAM qui permettent à cette dernière d'enregistrer dans la base ressources les entrées et les sorties de RSA. La mesure nécessitera une adaptation mineure des systèmes d'information (requête de sélection des bénéficiaires dont le droit est à renouveler) et un aménagement du courrier adressé aux allocataires du RSA deux mois avant l'échéance de ses droits). Les CPAM devront également vérifier chaque année que le bénéficiaire de la CMU-c perçoit toujours le RSA.

Enfin, les régimes obligatoires de sécurité sociale devront vérifier que les pensionnés résidant à l'étranger ont bien cotisé au moins 15 années en France, excepté pour ceux qui relèvent d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen au titre desquels ils remplissent les conditions d'une prise en charge de leurs frais de santé exclusivement par la France. Ils devront également accepter la prise en charge des frais de santé de l'ayant droit mineur du pensionné qui entre dans ce dispositif.

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

Si la mise en place de la réforme pourrait nécessiter un ajustement de la gestion des droits CMU-c de la part des caisses, la mise en place du téléservice et à terme les projets de récupération automatique des données de ressources des bénéficiaires permettront d'instruire de manière plus efficiente les droits CMU-c.

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

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

Les articles du code de la sécurité sociale suivants seront modifiés au premier semestre 2019 : R. 111-2 ; R. 111-3 ; R. 242-1-6 ; R. 861-15-5 ; R. 861-16 ; R. 861-27 et R. 861-29 ; R. 862-11 ; R. 862-12 ; R. 862-13 ; R. 862-4 ; R. 862-9 ; R. 864-1 ; R. 864-2 ; R. 864-3 ; D. 862-3 ; D. 911-2.

Les articles R. 861-6, R. 863-1 et suivants, R. 864-1 et R. 864-2 seront abrogés.

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

L'entrée en vigueur de l'extension de la CMU-interviendra au 1^{er} novembre 2019 afin de permettre dans l'intervalle 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 renouvellement automatique de la CMU-c pour les allocataires du RSA sera mis en œuvre au 1^{er} avril 2019..

L'entrée en vigueur du volet « pensionnés » de la mesure, relatif au 15 années d'assurance et à la prise en charge des enfants mineurs des pensionnés bénéficiant de ce droit lors de leurs séjours temporaires en France est prévue au 1^{er} juillet 2019.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'ensemble des assurés seront informés de l'extension de la CMU-c sur les sites des régimes d'assurance maladie et du Fonds CMU, ainsi qu'individuellement par courrier de leur organisme complémentaire pour ceux bénéficiant de l'ACS en 2019.

Concernant les allocataires du RSA, un courrier de la CPAM ou de la CCMSA leur sera adressé deux mois avant l'échéance annuelle de leur CMU-c pour les informer du renouvellement automatique de leurs droits. Une information générale sera aussi diffusée sur les sites internet du Fonds CMU et des régimes obligatoires.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure est couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS (Indicateur n°1-3 « Recours à une complémentaire santé pour les plus démunis » Sous-indicateur n°1-3-1 : Nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 861-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 861-1 modifié du code de la sécurité sociale
Les personnes résidant de manière stable et régulière dans les conditions prévues à l'article L. 111-2-3 et bénéficiant de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret et revalorisé au 1er avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. Le montant du plafond est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge. Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa. Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation, déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la sécurité sociale, peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire, dans les conditions définies à l'article L. 861-3 du présent code. Lorsque les conditions de rattachement au foyer prévues par le décret en Conseil d'Etat mentionné au deuxième alinéa du présent article prennent fin entre la date de la dernière déclaration fiscale et la demande mentionnée à l'article L. 861-5, les personnes majeures dont l'âge est inférieur à celui fixé par ce même décret peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3, sous réserve d'attester sur l'honneur qu'elles établiront, pour l'avenir, une déclaration de revenus distincte de celle du foyer fiscal auquel elles étaient antérieurement rattachées.	Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 ont droit à une protection complémentaire en matière de santé : 1° 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 ; 2° 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 %. Le plafond mentionné aux deux précédents alinéas varie selon la composition du foyer. Il est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Le montant du plafond en résultant est arrondi à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. Le montant ainsi revalorisé est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge du foyer d'une personne mentionné aux trois premiers alinéas. Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de leurs frais de santé ~~de l'autorité administrative~~, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa. Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation, déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la sécurité sociale, peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire, dans les conditions définies à l'article L. 861-3 du présent code. Un décret en conseil d'Etat fixe les conditions de bénéfice à titre personnel de la protection complémentaire des personnes dont les conditions de rattachement au foyer ont pris fin entre la dernière déclaration fiscale et la demande mentionnée à l'article L. 861-5. Lorsque les conditions de rattachement au foyer prévues par le décret en Conseil d'Etat mentionné au deuxième alinéa du présent article prennent fin entre la date de la dernière déclaration fiscale et la demande mentionnée à l'article L. 861-5, les

	<i>personnes majeures dont l'âge est inférieur à celui fixé par ce même décret peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3, sous réserve d'attester sur l'honneur qu'elles établiront, pour l'avenir, une déclaration de revenus distincte de celle du foyer fiscal auquel elles étaient antérieurement rattachées.</i>
Article L. 861-2 actuel	Article L. 861-2 modifié
L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de la prime d'activité, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée d'une part, et du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci, d'autre part. Les allocations mentionnées à l'article L. 815-1, à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, et aux articles L. 815-24 et L. 821-1 perçues pendant la période de référence sont prises en compte, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, après application d'un abattement dont le niveau est fixé pour chacune d'entre elles, dans la limite de 15 % de leurs montants maximaux. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'Etat, est déterminé en pourcentage du montant forfaitaire mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active.	L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de la prime d'activité, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée d'une part, et du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci, d'autre part. Les allocations mentionnées à l'article L. 815-1, à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, et aux articles L. 815-24 et L. 821-1 perçues pendant la période de référence sont prises en compte, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, après application d'un abattement dont le niveau est fixé pour chacune d'entre elles, dans la limite de 15 % de leurs montants maximaux. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'Etat, est déterminé en pourcentage du montant forfaitaire mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 1^{er} <i>alinéa</i> de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active.
Article L. 861-3 actuel	Article L. 861-3 modifié
Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles : 1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ; 2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;	Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, <i>sans contrepartie contributive</i>, à la prise en charge, <i>sous réserve après application, le cas échéant</i>, de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles dont elles bénéficient : 1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.

L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7.

Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit.

Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté **des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale** *interministériel*.

La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.

L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7.

Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit.

Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

Article L. 861-4 actuel

Article L. 861-4 modifié

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 obtiennent le bénéfice des prestations définies à l'article L. 861-3, à leur choix :

- a) Soit auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'Etat, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre ;
- b) Soit par adhésion à une mutuelle régie par le code de la mutualité, ou par souscription d'un contrat auprès

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 obtiennent le bénéfice des prestations définies à l'article L. 861-3, à leur choix :

- a) Soit auprès des organismes d'assurance maladie, **assurant la prise en charge de leurs frais de santé, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'Etat**, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre, **y compris lorsque la demande de protection complémentaire en santé a été instruite par un autre**

d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre.	organisme ; b) Soit par adhésion à une mutuelle régie par le code de la mutualité, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre.
Article L. 861-5 actuel	Article L. 861-5 modifié
La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'Etat. Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu. La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée. Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues à l'article L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées. Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.	La demande ~~d'attribution~~ de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse ~~du régime d'affiliation du demandeur~~ l'assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur. Elle est valable au titre de l'ensemble des personnes du 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 des prestations mentionnées à l'article L. 861-3. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'Etat. Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés ~~des prestations sociales et familiales du service du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu.~~ La décision est ~~prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse~~ notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux en application des dispositions des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8 En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée. La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné à l'alinéa précédent, 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. Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de cette prise en charge le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues à l'article L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.

	Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable. Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionné à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement.
Article L. 861-6 actuel	Article L. 861-6 modifié
La prise en charge prévue au a de l'article L. 861-4 est assurée par l'organisme qui sert au bénéficiaire les prestations en nature des assurances maladie et maternité, qui ne peut refuser cette prise en charge. Sous réserve des dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, elle prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5.	<i>abrogé</i>
Article L. 861-7 actuel	Article L. 861-7 modifié
Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 qui souhaitent participer à la protection complémentaire en matière de santé établissent une déclaration dont le modèle est fixé par arrêté. L'autorité administrative établit et diffuse la liste des organismes participants, en particulier aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé visés à l'article L. 861-5. En cas de manquement aux obligations prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8, l'autorité administrative peut retirer de la liste l'organisme en cause. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie sont fixés par décret en Conseil d'Etat	Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 qui souhaitent participer à la protection complémentaire en matière de santé établissent une déclaration dont le modèle est fixé par arrêté. ~~L'autorité administrative~~ Le directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 établit et diffuse la liste des organismes participants, en particulier aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé visés à l'article L. 861-5. ~~En cas de manquement aux obligations prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8, l'autorité administrative à~~ l'article L. 861-3, L. 861-8 et au c de l'article L. 862-7, le directeur du fonds mentionné à l'alinéa précédent peut retirer de la liste l'organisme en cause. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie sont fixés par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 861-8 actuel	Article L. 861-8 modifié
Pour les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7, l'adhésion ou le contrat, selon l'organisme choisi, prend effet, sous réserve des dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, au premier jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5. Les organismes en cause ne peuvent subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de	Pour les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7, l'adhésion ou le contrat, selon l'organisme choisi, prend effet à la date prévue au quatrième alinéa de l'article L. 861-5, sous réserve des autres dispositions de ce même alinéa , ~~sous réserve de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, au premier jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de~~

ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits.	~~L'article L. 861-5.~~ Les organismes en cause ne peuvent subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits et, le cas échéant, les éléments nécessaires au paiement de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1.
Article L. 861-10 actuel	Article L. 861-10 modifié
I.- En cas de réticence du bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé à fournir les informations requises ou de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection complémentaire est rapportée. Le rapport de la décision entraîne la nullité des adhésions et contrats prévus au b de l'article L. 861-4. II.-Paragraphe abrogé. III.-Toute infraction aux prescriptions des articles L. 861-3 et L. 861-8 est punie d'une amende de 15 000 euros. IV.-Les organismes prévus à l'article L. 861-4 peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite sur décision de l'autorité administrative compétente. Les recours contentieux contre les décisions relatives aux demandes de remise ou de réduction de dette et contre les décisions ordonnant le reversement des prestations versées à tort sont portés devant la juridiction mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-5. V.-Les dispositions des premier et troisième alinéas de l'article L. 160-11 sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé et aux organismes mentionnés à l'article L. 861-4.	I.- En cas de réticence du bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé à fournir les informations requises ou de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection complémentaire est rapportée. Le rapport de la décision entraîne la nullité des adhésions et contrats prévus au b de l'article L. 861-4. II.- Paragraphe abrogé. III.-Toute infraction aux prescriptions des articles L. 861-3 et L. 861-8 est punie d'une amende de 15 000 euros. IV.-Les organismes prévus à l'article L. 861-4 peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. Ils peuvent également obtenir le remboursement de la participation financière prévue au 2° de l'article L. 861-1 non acquittée par l'assuré. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite sur décision du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé de l'autorité administrative compétente. ~~Les recours contentieux contre les décisions relatives aux demandes de remise ou de réduction de dette et contre les décisions ordonnant le reversement des prestations versées à tort sont portés devant la juridiction mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-5.~~ V.-Les dispositions ~~des premier et troisième alinéas~~ de l'article L. 160-11 sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé et aux organismes mentionnés à l'article L. 861-4.
	Article L. 861-11 (nouveau)
	Le montant de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 est dû à l'organisme assurant la protection complémentaire par chaque personne bénéficiaire de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-3 et remplissant les conditions prévues au 2° de l'article L. 861-1. Son montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et varie selon l'âge des bénéficiaires. Son montant annuel par bénéficiaire ne peut excéder 5 % du montant du plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 pour une personne seule. Les modalités de notification et de recouvrement de la participation sont fixées par décret en conseil d'Etat. En cas de non paiement par l'assuré de la participation financière pendant une durée déterminée, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire, après vérification de la situation du bénéficiaire, informe ce dernier que le bénéfice de son droit à la protection complémentaire

	en matière de santé sera suspendu, s'il n'acquitte le montant dû dans un délai défini par décret en Conseil d'Etat. A l'expiration du délai et en l'absence de paiement, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire suspend le bénéfice du droit. Il informe également l'intéressé que la suspension du droit ne prendra fin qu'à compter du paiement du montant de l'ensemble des participations échues qui n'ont pas été acquittées, affecté d'une majoration forfaitaire de retard. L'acquittement du montant mentionné à l'alinéa précédent alinéa a pour conséquence : 1° La fin de la suspension du bénéfice du droit à la protection complémentaire à partir du premier jour du mois qui suit la date d'acquittement de ce montant ; 2° L'abandon du recouvrement de toute autre somme correspondant, le cas échéant, aux frais de santé indument pris en charge au titre de la protection complémentaire pendant la période de suspension du droit et au montant de la participation non acquittée. Par dérogation à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, l'absence d'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa dans un délai déterminé par décret, le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé de l'intéressé met fin à la prise en charge prévue à l'article L. 861-3 pour la durée du droit à la protection complémentaire restant à courir. Cette décision est notifiée à l'intéressé. Les conditions d'application de la suspension et de la fermeture du droit sont précisées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 862-1 actuel	Article L. 862-1 modifié
Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3 et d'assurer la gestion des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1. Ce fonds, dénommé : " Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie ", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants d'associations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds. Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.	Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3 ~~et d'assurer la gestion des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1.~~ Ce fonds, dénommé : " ~~Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture du risque maladie~~ Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants d'associations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds. Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond ~~prévu à~~ prévu au

Le fonds de financement de la protection complémentaire peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale.	2° de l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention. Le fonds de financement de la protection complémentaire peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale.
Article L. 862-2 actuel	Article L. 862-2 modifié
Les dépenses du fonds sont constituées : a) Par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux a et b de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3. Le remboursement est effectué, dans la limite des sommes mentionnées au premier alinéa du présent a, sur la base d'un forfait annuel par bénéficiaire dont le montant est fixé par décret. Ce forfait est revalorisé au 1er janvier de chaque année du niveau de l'évolution du coût moyen de la couverture des dépenses de santé prévues à l'article L. 861-3 constatée lors du dernier exercice clos et fixée par arrêté. Le fonds transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ; b) Par le remboursement aux organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1. Les modalités d'application des a et b du présent article sont précisées par décret ; c) Par les frais de gestion administrative du fonds.	Les dépenses du fonds sont constituées : a) Par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux a et b de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3. Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont affectées d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, et minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire. <i>Le remboursement est effectué, dans la limite des sommes mentionnées au premier alinéa du présent a, sur la base d'un forfait annuel par bénéficiaire dont le montant est fixé par décret. Ce forfait est revalorisé au 1er janvier de chaque année du niveau de l'évolution du coût moyen de la couverture des dépenses de santé prévues à l'article L. 861-3 constatée lors du dernier exercice clos et fixée par arrêté.</i> Le fonds transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ; <i>b) Par le remboursement aux organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1.</i> b) Par les frais de gestion administrative du fonds. Les modalités d'application du a sont précisées par décret.
Article L. 862-4 actuel	Article L. 862-4 modifié
I. — Il est perçu une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire versées pour les personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances. La taxe est assise sur le montant des sommes stipulées au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service. Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient, directement ou indirectement, du fait de	I. — Il est perçu une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire versées pour les personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances. La taxe est assise sur le montant des sommes stipulées au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service. Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient, directement ou indirectement, du fait de l'assuré. La participation financière de l'assuré visée

l'assuré.

La taxe est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. La taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au deuxième alinéa à l'appui de leurs versements.

II. — Le taux de la taxe est fixé à 13,27 %.

Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1.

Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues au même article L. 871-1.

Lorsque les conditions prévues aux deuxième ou troisième alinéas du présent II ne sont pas respectées, le taux est majoré de 7 points.

II bis.-Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé :

1° A 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé souscrites dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts ;

2° A 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 du présent code, et à 20,27 %

au premier alinéa de l'article L.861-1 n'est pas assujettie à la taxe.

La taxe est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. La taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au deuxième alinéa à l'appui de leurs versements.

II. — Le taux de la taxe est fixé à 13,27 %.

Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1.

Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues au même article L. 871-1.

Lorsque les conditions prévues aux deuxième ou troisième alinéas du présent II ne sont pas respectées, le taux est majoré de 7 points.

II bis.-Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé :

1° A 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé souscrites dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts ;

2° A 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions

si ces conditions ne sont pas respectées ; 3° A 14 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ; 4° A 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° de l'article L. 321-1, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et à cette seule condition dans le cadre des contrats mentionnés au troisième alinéa du II du présent article, et à 14 % si ces conditions ne sont pas respectées. Les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° du même article L. 321-1 figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II bis sont exonérées. III.-Les modalités de versement ou d'imputation des remboursements prévus aux a et b de l'article L. 862-2 sont précisées par décret. (...)	prévues à l'article L. 871-1 du présent code, et à 20,27 % si ces conditions ne sont pas respectées ; 3° A 14 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ; 4° A 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° de l'article L. 321-1, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et à cette seule condition dans le cadre des contrats mentionnés au troisième alinéa du II du présent article, et à 14 % si ces conditions ne sont pas respectées. Les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° du même article L. 321-1 figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II bis sont exonérées. III.-Les modalités de versement ou d'imputation des remboursements prévus au a de l'article L. 862-2 et des sommes versées au titre de l'article L. 862-4-1 aux a-et-b de l'article L. 862-2 sont précisées par décret. (...)
Article L. 862-6 actuel	Article L. 862-6 modifié
Lorsque le montant de la taxe collectée en application des I, II et II bis de l'article L. 862-4 est inférieur au montant des imputations découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I du même article demandent au fonds le versement de cette différence dans des conditions fixées par décret.	Lorsque le montant de la taxe collectée en application des I, II et II bis de l'article L. 862-4 est inférieur au montant des imputations découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I du même article demandent au fonds à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le versement de cette différence dans des conditions fixées par décret.
Article L. 862-7 actuel	Article L. 862-7 modifié
Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 : a) Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 ou au calcul des demandes de remboursements mentionnés aux a et b de l'article L. 862-2 ; b) Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ; c) Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime	Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 : a) Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 ou au calcul des demandes de remboursements mentionnés au a aux a-et-b de l'article L. 862-2 ; b) Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ; c) Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime

général les informations relatives aux cotisations émises ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des imputations mentionnées au III du même article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ;

d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes prises en charge et le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4 ;

e) L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent chaque année, avant le 1er juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4.

Sur cette base, le Gouvernement établit un rapport faisant apparaître notamment l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées à ce même I, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.

Ce rapport est remis avant le 15 septembre au Parlement. Il est rendu public.

général les informations relatives aux cotisations émises ~~ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des imputations mentionnées au III du même article, aux cotisations assujetties à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 au titre des contrats conclus en application de l'article L. 911-1, au nombre de personnes assurées, ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III de l'article L. 862-4~~; ils communiquent au fonds ~~les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et les informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces bénéficiaires en application du 2° de l'article L. 861-1, ainsi que~~ l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4.

d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds **les informations relatives aux personnes prises en charge, notamment leur nombre et leur âge, le nombre de personnes prises en charge et** le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4, **ainsi que le montant des participations susmentionnées ;**

e) L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent chaque année, avant le 1er juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4.

Sur cette base, ~~le Gouvernement, le fonds mentionné à l'article L. 862-1~~ 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 mentionné au troisième alinéa de l'article L. 861-1, ainsi que** l'évolution du montant des ~~primes ou cotisations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 862-4 à ce même I~~, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais ~~de soins~~ de santé versées par ces organismes ~~du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.~~

Ce rapport est remis avant le 15 **novembre** septembre au Parlement. Il est rendu public.

Article L. 863-1 actuel	
Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 35 %. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro	(abrogé)

le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats. Il est égal à 100 euros par personne âgée de moins de seize ans, à 200 euros par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 euros par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 550 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année. Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.	
Article L. 863-2 actuel	
La mutuelle, l'entreprise régie par le code des assurances ou l'institution de prévoyance auprès de laquelle le contrat a été souscrit déduit du montant de la cotisation ou prime annuelle le montant du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1. Le montant du crédit d'impôt ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime.	(abrogé)
Article L. 863-3 actuel	
L'examen des ressources est effectué par la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. La décision relative au droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. La délégation de pouvoir accordée au directeur de la caisse en application du troisième alinéa de l'article L. 861-5 vaut délégation au titre du présent alinéa. L'autorité administrative ou le directeur de la caisse est habilité à demander toute pièce justificative nécessaire à la prise de décision auprès du demandeur. Cette décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la juridiction mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-5. La caisse remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit dont le contenu est déterminé par arrêté interministériel. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le code des assurances, l'intéressé bénéficie de la déduction prévue à l'article L. 863-2. Le droit à cette déduction est renouvelé automatiquement pour les personnes qui bénéficient de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.	(abrogé)
Article L. 863-4 actuel	
Les dispositions de l'article L. 861-9 sont applicables pour la détermination du droit à la déduction prévue à l'article L. 863-2.	(abrogé)

Article L. 863-4-1 actuel	
Lorsqu'une personne obtient le droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 alors qu'elle est déjà couverte par un contrat d'assurance complémentaire de santé individuel, elle bénéficie, à sa demande : 1° Soit de la résiliation totale de la garantie initialement souscrite si l'organisme assureur ne propose pas de contrats figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863-6, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Cette résiliation intervient au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant la présentation par l'assuré d'une attestation de souscription d'un contrat figurant sur cette liste ; 2° Soit de la modification du contrat initialement souscrit en un contrat figurant sur la liste mentionnée au même dernier alinéa. Les cotisations ou primes afférentes aux contrats sont remboursées par les organismes qui les ont perçues, au prorata de la durée du contrat restant à courir.	(abrogé)
Article L. 863-5 actuel	
Le fonds mentionné à l'article L. 862-1 rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt.	(abrogé)
Article L. 863-6 actuel	
Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est réservé aux contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1, ouverts à tous les bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure vise à sélectionner des contrats offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues au même article L. 871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'Etat, dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination. Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie. La liste des contrats ainsi sélectionnés est rendue publique et est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.	(abrogé)

Article L. 863-7 actuel	
A l'expiration de son droit au bénéfice de la déduction prévue à l'article L. 863-2, toute personne ayant bénéficié d'un contrat mentionné à l'article L. 863-6 reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure mentionnée au même article L. 863-6. Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé avant la déduction opérée au titre de l'article L. 863-2.	(abrogé)
Article L. 863-7-1 actuel	
Les bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que sur la part des dépenses couverte par leur contrat d'assurance complémentaire de santé sélectionné en application de l'article L. 863-6, pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé. Ce tiers payant est mis en œuvre pour la délivrance de médicaments, dans le respect des conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, il n'est pas mis en œuvre lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3. Un décret détermine les modalités du tiers payant permettant aux professionnels et aux établissements de santé qui le souhaitent d'avoir un interlocuteur unique. Il précise notamment, à cet effet, la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes d'assurance complémentaire de santé et les organismes d'assurance maladie, d'autre part.	(abrogé)
Article L. 864-1 actuel	
Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, les contrats collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé, labellisés en application de l'article L. 864-2 et qui sont souscrits par des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans auprès d'un des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4. L'octroi du label vise à identifier des contrats offrant, à des prix accessibles, des garanties adaptées à la situation des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. Le montant annuel du crédit d'impôt est égal à 1 % des primes, hors taxes, acquittées par les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. Les modalités d'imputation de ce crédit d'impôt, dont le montant ne peut dépasser, pour chaque échéance, celui de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4,	(abrogé)

sont définies par décret en Conseil d'Etat. Le crédit d'impôt prévu au présent article n'est pas cumulable avec le bénéfice des articles L. 861-1 et L. 863-1.	
Article L. 864-2 actuel	
Bénéficient d'un label les contrats souscrits par des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans auprès d'un des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4, lorsque ces contrats : 1° Proposent des garanties au moins équivalentes à des niveaux déterminés pour un prix, hors taxes, inférieur à des seuils fixés, en fonction de l'âge des assurés et du niveau des garanties proposées. Ces niveaux de garanties et ces seuils de prix sont fixés par décret, pris après consultation de l'Autorité de la concurrence et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ; 2° Respectent les conditions fixées à l'article L. 871-1. La liste des contrats respectant les critères mentionnés aux trois premiers alinéas du présent article est rendue publique, dans des conditions et délais fixés par décret en Conseil d'Etat, après transmission à l'autorité compétente, par les organismes proposant ces contrats, des éléments permettant de justifier du respect de ces mêmes critères. Les seuils mentionnés au 1° sont revalorisés annuellement en fonction de l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année antérieure. Les organismes proposant des contrats mentionnés au premier alinéa sont tenus de transmettre à l'autorité compétente les modifications apportées à ces contrats et, au moins annuellement, leurs prix. Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application du présent article, notamment le délai dans lequel interviennent les consultations mentionnées au 1°, ainsi que le nombre de niveaux de garanties mentionnés au même 1°.	<i>(abrogé)</i>
Article L. 114-17-1 actuel	Article L. 114-17-1 modifié
- Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles : 1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;	Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles : 1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, ~~de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1~~ ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

(...)	(...)
Article L. 142-3 (au 1^{er} janvier 2019)	Article L. 142-3 modifié
Le contentieux de l'admission à l'aide sociale relevant du présent code comprend les litiges relatifs aux décisions prises en application des articles L. 861-5 et L. 863-3.	Le contentieux de l'admission à l'aide sociale relevant du présent code comprend les litiges relatifs aux décisions prises en application de l'article L.861-5 ~~des articles L. 861-5 et L. 863-3.~~
Article L. 160-1 actuel	Article L. 160-1 modifié
Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre. L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciées selon les règles prévues, respectivement, aux articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les conditions dans lesquelles les personnes qui résident en France et cessent de remplir les autres conditions mentionnées à l'article L. 111-2-3 bénéficient, dans la limite d'un an, d'une prolongation du droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-8 et, le cas échéant, à la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1.	Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre. L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciées selon les règles prévues, respectivement, aux articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les conditions dans lesquelles les personnes qui résident en France et cessent de remplir les autres conditions mentionnées à l'article L. 111-2-3 bénéficient, dans la limite d'un an, d'une prolongation du droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-8 et, le cas échéant, à la protection complémentaire en matière de santé ~~couverture complémentaire~~ prévue à l'article L. 861-1.
Article L. 160-3 actuel	Article L. 160-3 modifié
Lorsqu'ils résident à l'étranger et n'exercent pas d'activité professionnelle, bénéficient, lors de leurs séjours temporaires en France, de la prise en charge de leurs frais de santé prévue à l'article L. 160-1, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit à cette prise en charge ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 161-22-2 : 1° Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse ou d'une pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ; 2° Les titulaires d'une rente ou d'une allocation allouée en application de dispositions législatives sur les accidents du travail et les maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles ; 3° Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français ; 4° Les personnes mentionnées à l'article L. 117-3 du code de l'action sociale et des familles. En cas d'hospitalisation, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Lorsque la prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent article est prévue par les règlements européens ou les accords internationaux, elle est	Lorsqu'ils résident à l'étranger et n'exercent pas d'activité professionnelle, bénéficient, lors de leurs séjours temporaires en France, de la prise en charge de leurs frais de santé prévue à l'article L. 160-1, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit à cette prise en charge ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 161-22-2 : 1° Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse ou d'une pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ; 2° Les titulaires d'une rente ou d'une allocation allouée en application de dispositions législatives sur les accidents du travail et les maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles ; 3° Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français ; 4° Les personnes mentionnées à l'article L. 117-3 du code de l'action sociale et des familles. En cas d'hospitalisation, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Lorsque la prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent article est prévue par les règlements européens

étendue, dans les conditions prévues par ces règlements ou accords, aux soins de santé reçus à l'étranger par les titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnés aux 1° à 4°.	~~ou les accords internationaux, elle est étendue, dans les conditions prévues par ces règlements ou accords, aux soins de santé reçus à l'étranger par les titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnés aux 1° à 4°.~~ Pour les personnes mentionnées aux 1° à 3°, qui relèvent d'un règlement européen ou d'une convention internationale de sécurité sociale, les dispositions du premier alinéa s'appliquent dès lors que ce règlement ou cette convention attribue exclusivement à la France la charge d'assurer leur couverture en cas de maladie. Lorsqu'elles ne relèvent d'aucun de ces règlements ou conventions, les dispositions du premier alinéa s'appliquent sous réserve que la prestation visée au 1° et au 3° rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années. Les enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle et à la charge des personnes mentionnées à l'alinéa précédent bénéficient également de la prise en charge de leurs frais de santé lors de leurs séjours temporaires en France.
Article L. 160-15 actuel	Article L. 160-15 modifié
La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 160-13 n'est pas exigée pour les mineurs, pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3. Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 160-13.	La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 160-13 n'est pas exigée pour les mineurs ~~et~~, les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ~~ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3.~~ Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 160-13.
Article L. 162-1-21 actuel	Article L. 162-1-21 modifié
Sans préjudice des articles L. 381-30-1, L. 432-1, L. 861-3 et L. 863-7-1, les bénéficiaires de l'assurance maternité et les bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les soins en relation avec l'affection concernée. Les professionnels de santé exerçant en ville le mettent en œuvre dans les conditions prévues aux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4.	Sans préjudice des articles L. 381-30-1, L. 432-1, ~~L. 861-3 et L. 863-7-1~~ et L. 861-3, les bénéficiaires de l'assurance maternité et les bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les soins en relation avec l'affection concernée. Les professionnels de santé exerçant en ville le mettent en œuvre dans les conditions prévues aux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4.
Article L. 162-9 actuel	Article L. 162-9 modifié
Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions. Ces conventions déterminent : 1°) les obligations des caisses primaires d'assurance	Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions. Ces conventions déterminent : 1°) les obligations des caisses primaires d'assurance

maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;	maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;
2°) Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;	2°) Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;
3°) La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 3° du présent article, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 621-2 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;	3°) La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 3° du présent article, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 621-2 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;
4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ;	4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ;
5°) Le cas échéant : a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ; b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ; c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;	5°) Le cas échéant : a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ; b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ; c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;
6°) Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1° ;	6°) Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1° ;
7°) Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ;	7°) Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ;
7° bis) Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;	7° bis) Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;
8° Les conditions à remplir par les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes pour être conventionné, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.	8° Les conditions à remplir par les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes pour être conventionné, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.	Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.

Si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection ou de cette aide, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés.	Si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnés l'article L. 861-1 et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection ~~ou de cette aide~~, un arrêté ~~interministériel~~ des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés.
Article L. 162-16-7 actuel	Article L. 162-16-7 modifié
Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code. Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa. La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du présent code, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique. L'accord national mentionné au premier alinéa peut décider de maintenir la dispense d'avance de frais dans les zones géographiques pour lesquelles les niveaux de substitution sont supérieurs aux objectifs fixés par cet accord. La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels mentionnés au premier alinéa.	Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code. Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa. La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé ~~couverture maladie universelle complémentaire~~ prévue à l'article L. 861-1 ~~et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2~~ du présent code, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique. L'accord national mentionné au premier alinéa peut décider de maintenir la dispense d'avance de frais dans les zones géographiques pour lesquelles les niveaux de substitution sont supérieurs aux objectifs fixés par cet accord. La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels mentionnés au premier alinéa.

Article L. 162-40 actuel	Article L. 162-40 modifié
Les établissements thermaux doivent proposer aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé, prévue à l'article L. 861-3, et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, mentionnée à l'article L. 863-2, les soins thermaux à des prix n'excédant pas les tarifs forfaitaires de responsabilité mentionnés au 3° de l'article L. 162-39.	Les établissements thermaux doivent proposer aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé, prévue à l'article L. 861-3, ~~et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, mentionnée à l'article L. 863-2~~, les soins thermaux à des prix n'excédant pas les tarifs forfaitaires de responsabilité mentionnés au 3° de l'article L. 162-39.
Article L. 165-6 actuel	Article L. 165-6 modifié
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 mentionnés à l'article L. 165-1, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximaux pratiqués, sous réserve que ces produits ou prestations ne fassent pas l'objet d'une décision prise en application du I de l'article L. 165-3, et les modalités du mécanisme de tiers payant. Des accords peuvent également être conclus au niveau national pour prévoir des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et des bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnés aux articles L. 861-3 et L. 863-2. A ce titre, pour les produits ou prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1 figurant sur la liste mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 861-3, ces accords prévoient soit l'obligation pour les distributeurs de proposer un produit ou une prestation à un prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l'arrêté mentionné à l'article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé. En l'absence d'accord ou lorsque les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies à l'alinéa précédent, un arrêté fixe, après avis du comité économique des produits de santé, les obligations mentionnées à l'alinéa précédent s'imposant aux distributeurs. Les infractions à l'arrêté mentionné au troisième alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce. Les accords nationaux signés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations nationales syndicales des distributeurs de produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent être rendus applicables à l'ensemble des distributeurs par arrêté interministériel, pris après avis du comité économique des produits de santé. Les ministres peuvent, lorsque l'accord ou un avenant comporte une ou des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur ou lorsqu'une ou des dispositions relatives aux prix proposés ne sont pas compatibles avec les critères de l'article L. 162-38, disjointre ces	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 mentionnés à l'article L. 165-1, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximaux pratiqués, sous réserve que ces produits ou prestations ne fassent pas l'objet d'une décision prise en application du I de l'article L. 165-3, et les modalités du mécanisme de tiers payant. Des accords peuvent également être conclus au niveau national pour prévoir des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnés à l'article L. 861-1 ~~et des bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnés aux articles L. 861-3 et L. 863-2~~. A ce titre, pour les produits ou prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1 figurant sur la liste mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 861-3, ces accords prévoient soit l'obligation pour les distributeurs de proposer un produit ou une prestation à un prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l'arrêté mentionné à l'article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ~~et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé~~. En l'absence d'accord ou lorsque les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies à l'alinéa précédent, un arrêté fixe, après avis du comité économique des produits de santé, les obligations mentionnées à l'alinéa précédent s'imposant aux distributeurs. Les infractions à l'arrêté mentionné au troisième alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce. Les accords nationaux signés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations nationales syndicales des distributeurs de produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent être rendus applicables à l'ensemble des distributeurs par arrêté interministériel, pris après avis du comité économique des produits de santé. Les ministres peuvent, lorsque l'accord ou un avenant comporte une ou des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur ou lorsqu'une ou des dispositions relatives aux prix proposés ne sont pas compatibles avec les critères de l'article L. 162-38, disjointre ces

dispositions dans l'arrêté.	dispositions dans l'arrêté.
Article L. 211-1 actuel	Article L. 211-1 modifié
Les caisses primaires d'assurance maladie assurent la prise en charge des frais de santé et le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité, invalidité, décès et d'accidents du travail et maladies professionnelles dont bénéficient dans leur circonscription les assurés salariés et non-salariés, ainsi que les autres personnes mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 200-1.	Les caisses primaires d'assurance maladie assurent la prise en charge des frais de santé, et le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité, invalidité, décès et d'accidents du travail et maladies professionnelles et l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé dont bénéficient dans leur circonscription les assurés salariés et non-salariés, ainsi que les autres personnes mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 200-1.
Article L. 752-4 actuel	Article L. 752-4 modifié
Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle : 1°) d'assurer pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles, la gestion des risques maladie, maternité, décès et invalidité, la gestion des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ; 1° bis) d'assurer pour les travailleurs indépendants la gestion des risques maladie et maternité et, par délégation du conseil mentionné à l'article L. 612-1, des risques invalidité et décès ; 2°) d'assurer pour les exploitants agricoles la gestion des risques maladie, invalidité et maternité, dans les conditions prévues par l'article L. 781-27 du code rural ; 3°) de gérer le risque vieillesse : a. Des assurés affiliés au régime général ; b. des salariés agricoles ; c. des exploitants agricoles dans les conditions fixées par l'article L. 781-2 du code rural ; 4°) d'exercer une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ; 5°) d'exercer une action sanitaire et sociale dans leurs circonscriptions en faveur de l'ensemble des salariés et, dans les conditions prévues par les articles L. 781-28 et L. 781-47 du code rural, d'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des exploitants agricoles. 5° bis) De mettre en œuvre, pour les travailleurs indépendants, les décisions prises par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 en matière d'action sanitaire et sociale ; 6°) D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général et de la mutualité sociale agricole à l'exception des compétences dévolues à l'organisme mentionné à l'article L. 213-4.	Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle : 1°) d'assurer pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles, la gestion des risques maladie, maternité, décès et invalidité, la gestion des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ; 1° bis) d'assurer pour les travailleurs indépendants la gestion des risques maladie et maternité et, par délégation du conseil mentionné à l'article L. 612-1, des risques invalidité et décès ; 2°) d'assurer pour les exploitants agricoles la gestion des risques maladie, invalidité et maternité, dans les conditions prévues par l'article L. 781-27 du code rural ; 3°) de gérer le risque vieillesse : a. Des assurés affiliés au régime général ; b. des salariés agricoles ; c. des exploitants agricoles dans les conditions fixées par l'article L. 781-2 du code rural ; 4°) d'exercer une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ; 5°) d'exercer une action sanitaire et sociale dans leurs circonscriptions en faveur de l'ensemble des salariés et, dans les conditions prévues par les articles L. 781-28 et L. 781-47 du code rural, d'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des exploitants agricoles. 5° bis) De mettre en œuvre, pour les travailleurs indépendants, les décisions prises par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 en matière d'action sanitaire et sociale ; 6°) D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général et de la mutualité sociale agricole à l'exception des compétences dévolues à l'organisme mentionné à l'article L. 213-4. 7°) D'attribuer la protection complémentaire en matière de santé aux assurés dont elles gèrent les risques maladie, maternité, décès et invalidité.
Article L. 871-1 actuel	Article L. 871-1 modifié
Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des	Le bénéfice des dispositions ~~de l'article L. 863-1~~ , des

sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1^{er} quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2^o du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code, qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité (1), et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. (...)	sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1^{er} quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2^o du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code, qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité (1), et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. (...)
Article L. 911-7-1 actuel	Article L. 911-7-1 modifié
I.-La couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel mentionnés au présent article est assurée, dans les cas prévus aux II et III, par le biais d'un versement, par leur employeur, d'une somme représentative du financement résultant de l'application des articles L. 911-7 et L. 911-8, et qui s'y substitue alors. II.-Ce versement est conditionné à la couverture de l'intéressé par un contrat d'assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Le salarié justifie de cette couverture. Ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice d'une couverture complémentaire au titre de l'article L. 861-3, d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l'article L. 863-1, d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique. (...)	I.-La couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel mentionnés au présent article est assurée, dans les cas prévus aux II et III, par le biais d'un versement, par leur employeur, d'une somme représentative du financement résultant de l'application des articles L. 911-7 et L. 911-8, et qui s'y substitue alors. II.-Ce versement est conditionné à la couverture de l'intéressé par un contrat d'assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Le salarié justifie de cette couverture. Ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice d'une couverture complémentaire au titre de l'article L. 861-3, ~~d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l'article L. 863-1~~, d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique. (...)
Code rural et de la pêche maritime	

Article L. 723-2 actuel	Article L. 723-2 modifié
Les caisses de mutualité sociale agricole sont départementales ou pluridépartementales. Elles sont chargées de la gestion des régimes obligatoires de protection sociale des salariés et non salariés des professions agricoles. Elles peuvent être autorisées à gérer des régimes complémentaires d'assurance maladie, maternité, invalidité et de vieillesse pour les personnes non salariées des professions agricoles, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Elles peuvent accompagner toutes actions visant à favoriser la coordination et l'offre de soins en milieu rural. Les statuts et règlements intérieurs des caisses de mutualité sociale agricole sont approuvés par l'autorité administrative.	Les caisses de mutualité sociale agricole sont départementales ou pluridépartementales. Elles sont chargées de la gestion des régimes obligatoires de protection sociale des salariés et non salariés des professions agricoles. Elles assurent pour ces personnes l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé. Elles peuvent être autorisées à gérer des régimes complémentaires d'assurance maladie, maternité, invalidité et de vieillesse pour les personnes non salariées des professions agricoles, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Elles peuvent accompagner toutes actions visant à favoriser la coordination et l'offre de soins en milieu rural. Les statuts et règlements intérieurs des caisses de mutualité sociale agricole sont approuvés par l'autorité administrative.
Code de l'action sociale et des familles	
Article L. 251-1 actuel	Article L. 251-1 modifié
Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit à l'aide médicale de l'Etat pour lui-même et pour : 1° Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale ; 2° Les personnes non mentionnées aux mêmes 1° et 2° vivant depuis douze mois consécutifs avec la personne bénéficiaire de l'aide mentionnée au premier alinéa du présent article et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Dans ce cas, le bénéfice de l'aide susmentionnée ne peut être attribué qu'à une seule de ces personnes. En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle. De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat, dans des conditions définies par décret.	Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné ~~à l'article L. 861-1~~ au 1° de l'article L. 861-1 de ce code a droit à l'aide médicale de l'Etat pour lui-même et pour : 1° Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale ; 2° Les personnes non mentionnées aux mêmes 1° et 2° vivant depuis douze mois consécutifs avec la personne bénéficiaire de l'aide mentionnée au premier alinéa du présent article et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Dans ce cas, le bénéfice de l'aide susmentionnée ne peut être attribué qu'à une seule de ces personnes. En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle. De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat, dans des conditions définies par décret.

Article L. 252-3 actuel	Article L. 252-3 modifié
L'admission à l'aide médicale de l'Etat des personnes relevant des trois premiers alinéas de l'article L. 251-1 est prononcée, dans des conditions définies par décret, par le représentant de l'Etat dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette admission est accordée pour une période d'un an. Toutefois le service des prestations est conditionné au respect de la stabilité de la résidence en France, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Les organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite.	L'admission à l'aide médicale de l'Etat des personnes relevant des trois premiers alinéas de l'article L. 251-1 est prononcée, pour le compte de l'Etat, dans des conditions définies par décret, par le ~~représentant de l'Etat dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés.~~ au directeur de l'organisme prévu aux articles L. 211-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette admission est accordée pour une période d'un an. Toutefois le service des prestations est conditionné au respect de la stabilité de la résidence en France, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Les organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite.
Code de la santé publique	
Article L. 1110-3 actuel	Article L. 1110-3 modifié
Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. (...)	Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. (...)
Article L. 1511-1 actuel	Article L. 1511-1 modifié
Pour l'application à Mayotte du deuxième alinéa de l'article L. 1110-3, les mots : " de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou " sont supprimés et les mots : " à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles " sont remplacés par les mots : " à la prise en charge prévue à l'article L. 6416-5 du présent code ".	Pour l'application à Mayotte du deuxième alinéa de l'article L. 1110-3, les mots : " de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou " sont supprimés et les mots : " à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles " sont remplacés par les mots : " à la prise en charge prévue à l'article L. 6416-5 du présent code ".
Article L. 6122-15 actuel	Article L. 6122-15 modifié
Afin d'organiser la collaboration entre les professionnels médicaux compétents en imagerie, l'agence régionale de santé peut, à la demande des professionnels concernés, autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale impliquant au moins un établissement de santé et comportant plusieurs équipements matériels lourds	Afin d'organiser la collaboration entre les professionnels médicaux compétents en imagerie, l'agence régionale de santé peut, à la demande des professionnels concernés, autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale impliquant au moins un établissement de santé et comportant plusieurs équipements matériels lourds

d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale. Les titulaires des autorisations élaborent à cet effet un projet de coopération qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de coopération prévoit les modalités selon lesquelles les professionnels mentionnés au premier alinéa contribuent à la permanence des soins en imagerie dans les établissements de santé. Lorsque le projet de coopération implique un établissement public de santé partie au groupement mentionné à l'article L. 6132-1, la création d'un plateau mutualisé d'imagerie médicale peut être autorisée dès lors que l'organisation commune des activités d'imagerie réalisée au titre du III de l'article L. 6132-3 ne permet pas de répondre aux besoins de santé du territoire et qu'elle n'a pas été constituée dans le délai fixé par la convention mentionnée à l'article L. 6132-2. Les autorisations de plateaux d'imagerie médicale accordées par l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les orientations du schéma régional de santé prévu aux articles L. 1434-2 et L. 1434-3 en ce qui concerne les implantations d'équipements matériels lourds. L'autorisation est accordée pour une durée de cinq ans renouvelables, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, au vu des résultats d'un appel à projets lancé par l'agence régionale de santé. Les titulaires des autorisations remettent à l'agence régionale de santé un rapport d'étape annuel et un rapport final qui comportent une évaluation médicale et économique. L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues au même article L. 6122-13. La décision d'autorisation prévue au présent article vaut autorisation pour les équipements matériels lourds inclus dans les plateaux techniques qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation préalable en vertu de l'article L. 6122-1. Il leur est fait application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Les conditions de rémunération des praticiens exerçant dans le cadre de ces plateformes d'imagerie mutualisées peuvent déroger aux règles statutaires et conventionnelles. La facturation des dépassements de tarifs ne s'applique pas au patient qui est pris en charge au titre de l'urgence ou qui est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ou de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du même code. Les modalités selon lesquelles un hôpital des armées peut participer à un plateau mutualisé d'imagerie médicale sont précisées par décret.	d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale. Les titulaires des autorisations élaborent à cet effet un projet de coopération qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de coopération prévoit les modalités selon lesquelles les professionnels mentionnés au premier alinéa contribuent à la permanence des soins en imagerie dans les établissements de santé. Lorsque le projet de coopération implique un établissement public de santé partie au groupement mentionné à l'article L. 6132-1, la création d'un plateau mutualisé d'imagerie médicale peut être autorisée dès lors que l'organisation commune des activités d'imagerie réalisée au titre du III de l'article L. 6132-3 ne permet pas de répondre aux besoins de santé du territoire et qu'elle n'a pas été constituée dans le délai fixé par la convention mentionnée à l'article L. 6132-2. Les autorisations de plateaux d'imagerie médicale accordées par l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les orientations du schéma régional de santé prévu aux articles L. 1434-2 et L. 1434-3 en ce qui concerne les implantations d'équipements matériels lourds. L'autorisation est accordée pour une durée de cinq ans renouvelables, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, au vu des résultats d'un appel à projets lancé par l'agence régionale de santé. Les titulaires des autorisations remettent à l'agence régionale de santé un rapport d'étape annuel et un rapport final qui comportent une évaluation médicale et économique. L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues au même article L. 6122-13. La décision d'autorisation prévue au présent article vaut autorisation pour les équipements matériels lourds inclus dans les plateaux techniques qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation préalable en vertu de l'article L. 6122-1. Il leur est fait application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Les conditions de rémunération des praticiens exerçant dans le cadre de ces plateformes d'imagerie mutualisées peuvent déroger aux règles statutaires et conventionnelles. La facturation des dépassements de tarifs ne s'applique pas au patient qui est pris en charge au titre de l'urgence ou qui est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ~~ou de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du même code.~~ Les modalités selon lesquelles un hôpital des armées peut participer à un plateau mutualisé d'imagerie médicale sont précisées par décret.
Code des transports	
Article L. 1113-1 actuel	Article L. 1113-1 modifié

Dans l'aire de compétence des autorités organisatrices de la mobilité et, dans la région d'Ile-de-France, dans l'aire de compétence du Syndicat des transports d'Ile-de-France, les personnes dont les ressources sont égales ou inférieures au plafond fixé en application de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, bénéficient d'une réduction tarifaire d'au moins 50 % sur leurs titres de transport ou d'une aide équivalente. La réduction s'applique quel que soit le lieu de résidence de l'usager.	Dans l'aire de compétence des autorités organisatrices de la mobilité et, dans la région d'Ile-de-France, dans l'aire de compétence du Syndicat des transports d'Ile-de-France, les personnes dont les ressources sont égales ou inférieures au plafond fixé en application du 1° de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, bénéficient d'une réduction tarifaire d'au moins 50 % sur leurs titres de transport ou d'une aide équivalente. La réduction s'applique quel que soit le lieu de résidence de l'usager.
Article 34 actuel de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle	Article 34 modifié de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle
Le Gouvernement présentera au Parlement, tous les deux ans à partir de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation de l'application de la loi, en s'appuyant, en particulier, sur les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.	Le Gouvernement présentera au Parlement, tous les <i>deux</i> quatre ans à partir de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation de l'application de la loi, en s'appuyant, en particulier, sur les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Article 35 – Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte

I. Présentation de la mesure

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

S'agissant des prestations de santé, les personnes françaises ou en situation régulière sont affiliées au régime de Mayotte et bénéficient à ce titre, pour elles-mêmes et leurs ayants droit, d'une prise en charge intégrale des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte (CHM). En revanche, la prise en charge de droit commun s'applique pour les soins de ville, hormis les participations forfaitaires et franchises qui n'y sont pas applicables.

L'article 20-11 de l'ordonnance du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte tel que modifié par l'ordonnance du 12 juillet 2004 prévoit une prise en charge par l'Etat de tout ou partie du ticket modérateur pour les soins de ville. Toutefois, cette disposition s'est révélée peu attractive, avec une prise en charge à hauteur de 50 % du ticket modérateur, en comparaison de la gratuité offerte pour les soins hospitaliers. Ce dispositif resté sans succès du fait du nombre réduit de bénéficiaires a donc été abandonné.

Aujourd'hui, l'engorgement du centre hospitalier de Mayotte conduit à des difficultés d'accès aux soins pour les assurés sociaux mahorais.

Pour enrayer cette difficulté, la présente mesure vise à prévoir une prise en charge intégrale par l'assurance-maladie du ticket modérateur sur les soins de ville, soumise à conditions de ressources. Elle permettra ainsi de lever, de manière efficiente et rapide, tout frein financier à l'accès aux soins de ville pour les personnes ayant des ressources modestes. Cette mesure doit en outre permettre d'accompagner le développement d'une offre de soins de ville au sein de ce département, offre de soins actuellement largement embryonnaire (21 généralistes, 6 spécialistes, 13 chirurgiens-dentistes pour l'ensemble de l'île).

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée instaure une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire du ticket modérateur sur les soins de ville, soumise à condition de ressources.

Le seuil de ressources pour être éligibles au dispositif d'exonération serait fixé à 50 % des plafonds d'éligibilité à la CMU-c applicable à l'outre-mer, ce qui permettrait de couvrir près de la moitié des assurés de l'île.

Le respect de la condition de ressources sera examiné par la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) sur présentation d'un avis d'imposition ou d'un avis de non-imposition par le demandeur, de manière à alléger grandement la charge des documents à produire pour les assurés et la charge en gestion pour la CSSM par rapport à ce qui est demandé pour la CMU-c (bulletins de salaire et justificatifs de ressources sur les 12 derniers mois). La possibilité de mettre 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. La Caisse remettra à l'assuré et ses ayants droits un bon d'exonération, valable 1 an, qui sera utilisable auprès des professionnels libéraux.

Est ainsi mis en place un dispositif à la fois ciblé sur les populations les plus fragiles et simplifié en gestion, limitant au maximum les pièces justificatives pour les assurés et permettant une gestion accélérée par la caisse de sécurité sociale.

b) Autres options possibles

S'agissant de l'exonération du ticket modérateur sous condition de ressources, l'alternative aurait pu consister à mettre en place la CMU-c dans un objectif d'alignement sur le droit commun. Néanmoins, l'instauration de la CMU-c nécessite la mise en œuvre de préalables indispensables (fiabilisation de l'état civil, certification des NIR, déploiement de la carte vitale etc.) sans lesquels elle aurait pour résultat de complexifier l'accès aux soins de la population mahoraise à rebours de l'objectif visé. Or ces préalables ne peuvent être satisfaits à court terme. En effet, la CMU-c est octroyée sous conditions d'identité, de régularité et de stabilité de la résidence ainsi que sous condition de ressources et nécessite donc la transmission d'un certain nombre de justificatifs. Se pose alors la question de la capacité d'une part des résidents mahorais à produire les documents justifiant de ces conditions, d'autre part de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte d'assurer le traitement des dossiers de CMU-c, tant en matière de ressources humaines que de développement des outils nécessaires à l'instruction et au contrôle des dossiers. Aussi a-t-il été fait le choix d'instaurer dans un premier temps une exonération de ticket modérateur sur les soins de ville sous conditions de ressources pour répondre de manière efficiente et rapide aux besoins des assurés mahorais.

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

La mesure d'exonération de ticket modérateur s'inscrit dans le cadre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale au titre de son impact sur les dépenses de la branche maladie.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il est de jurisprudence constante par la CJUE qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime ;
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale,

du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions concernées relèvent d'ordonnances et ne sont pas codifiées : article 20-11 de l'**ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte**).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Départements d’Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Non concernés
Mayotte	Mesure directement applicable
Collectivités d’Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Non concernés
Saint-Pierre-et-Miquelon	Non concerné
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non concernés

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le volume financier représenté par le ticket modérateur sur les soins de ville à Mayotte en 2016 s’élevait à 6,3 M€ en 2016. Un plafond à hauteur de 50 % de celui de la CMU-c DOM ouvrirait l’exonération de ticket modérateur à près de la moitié de la population en situation régulière sur l’île au vu des données disponibles de l’INSEE.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
		- 2	- 2	- 3	- 3

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

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

a) impacts économiques

Pas d’impact autre que ceux qui découlent d’un point de vue économique des aspects suivants

b) impacts sociaux

La présente mesure, en exonérant les assurés les plus précaires du paiement du ticket modérateur pour les soins de ville, permet de faciliter l'accès aux soins et la réduction des délais d'attente au Centre hospitalier de Mayotte. Elle devrait également favoriser l'installation et/ou le maintien sur place des professionnels de santé libéraux, en solvabilisant une partie de leur patientèle.

• Impact sur les jeunes

La population de Mayotte se caractérise par sa jeunesse, avec plus de la moitié des habitants âgés de moins de 20 ans et des indices de fécondité élevés. Ainsi les jeunes seront nombreux parmi les bénéficiaires de cette exonération.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Comme pour toutes les autres populations précaires, cette mesure permettra de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

Aucun

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

Sans objet

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

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

L'assuré devra présenter son dernier avis d'imposition à l'appui de sa demande d'exonération de ticket modérateur. La présentation de cette pièce permet d'alléger grandement la charge des documents à produire pour les assurés et la charge en gestion pour la caisse de sécurité sociale locale. Pourra par ailleurs être mis en place progressivement un échange de données automatisées avec les services fiscaux, permettant dans ce second temps un allègement supplémentaire des pièces justificatives pour les demandeurs.

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

Le respect de la condition de ressources serait examiné par la Caisse de sécurité sociale de Mayotte sur présentation d'un avis d'imposition ou de non imposition par le demandeur. La Caisse remettrait à l'assuré et ses ayants droits après étude des ressources, un bon d'exonération valable 1 an qui serait utilisable auprès des professionnels libéraux, solution allégée en termes de gestion.

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

Si la vérification de la condition de ressources par la caisse de Mayotte pourrait nécessiter des moyens humains supplémentaires, la charge administrative reste toutefois moindre que pour l'instruction de dossiers de CMU-c. Au vu de la charge de travail associée à la gestion du nombre de demandes potentielles, un appui à la caisse s'avèrera nécessaire. La possibilité de mettre en œuvre un échange de flux de données entre la caisse locale et la DDFIP est à l'étude afin de simplifier et de sécuriser au maximum la procédure.

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

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

Il n'y a pas de texte d'application nécessaire.

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

L'entrée en vigueur de l'exonération de ticket modérateur sera effective au 1^{er} mai 2019 afin de permettre la mise en place de ce dispositif novateur à plusieurs égards (définition de la procédure de contrôle des ressources, création

d'une attestation ouvrant droit à l'exonération, formation des agents de la caisse, information des assurés, voire échange de flux de données entre la caisse et la DDFIP).

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des allocataires sera assuré par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

d) Suivi de la mise en œuvre

S'agissant de l'exonération de ticket modérateur les indicateurs de suivi seront :

- Le nombre de personnes concernées par l'exonération de ticket modérateur à Mayotte au titre du présent dispositif soumis à condition de ressources ;
- Les consommations de soins à Mayotte.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Ordonnance du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte	
Article 20-11 actuel	Article 20-11 modifié
Sous réserve que l'insuffisance des ressources de l'assuré le justifie, la participation de l'assuré mentionnée à l'article 20-2 peut être, en tout ou en partie, prise en charge par l'Etat. La gestion de cette prestation est confiée à la caisse de sécurité sociale dans les conditions prévues au V de l'article 22. Le montant des ressources au-delà duquel les assurés ne peuvent prétendre à la prise en charge de leur participation est fixé par voie réglementaire.	Les assurés dont les ressources n'excèdent pas 50% du montant du plafond fixé à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale applicable dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du même code bénéficient d'une prise en charge intégrale de la participation mentionnée à l'article 20-2 de la présente ordonnance par leur régime d'assurance maladie.

Article 36 - Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie

I. Présentation de la mesure

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

L'assurance maladie est de plus en plus fréquemment sollicitée, pour intervenir de manière urgente afin de lever les éventuels freins au recours aux soins ou aux actes de prévention rendus nécessaires pour limiter les impacts de certaines épidémies ou événements sanitaires grave et anormal sur l'état de santé des assurés exposés mais aussi éviter la propagation du risque à l'ensemble de la population. Ainsi, des dispositifs dérogatoires de prise en charge des éventuels frais financiers laissés à la charge des assurés ont été mis en place récemment dans le cadre des épidémies de Zika et de Chikunguya. Si les procédures mises en place ont pu répondre *in fine* aux situations des assurés, elles sont confrontées à deux types de limites. D'une part, les lourdeurs inhérentes à l'élaboration de dispositifs répondant à des objectifs et à des situations toujours renouvelées pour l'ensemble des acteurs ne permettent pas toujours une réactivité et une flexibilité satisfaisantes. D'autre part, les dispositifs mis en place jusqu'alors reposent sur un cadre juridique non sécurisé, sur la base de lettres ministérielles, sans mode de financement préétabli. Aussi, une sécurisation tant juridique que financière doit être recherchée, dans un souci de bonne gestion des finances publiques mais aussi de plus grande réactivité lors de la survenue de tels incidents.

Au regard de la diversité des postes de dépense potentiellement concernés (tickets modérateurs, participations forfaitaires et franchises, dépassements d'honoraires ou de tarifs, ou encore non application du délai de carence en cas d'arrêts de travail), il apparaît nécessaire de mettre en place un mécanisme transversal, transparent, sécurisé et souple afin de répondre à l'impératif de réactivité inhérent aux situations de crise.

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

a) Mesure proposée

A côté du dispositif dérogatoire prévu pour les victimes d'actes de terrorisme, il est proposé d'ouvrir la possibilité au pouvoir réglementaire de mettre en place des dispositifs *ad hoc* de prise en charge renforcée permettant de répondre aux besoins de prise en charge exceptionnelle lors de la survenance de risque grave et anormal notamment d'épidémie en vue de la protection de la santé publique. Ces dispositifs seront encadrés par un décret et pourront prévoir diverses formes de prise en charge dérogatoires, pour faciliter et garantir l'accès aux soins et notamment aux actes de prévention et de dépistage, dans l'intérêt de la santé publique, telles que :

- la prise en charge de tout ou partie des frais de santé (tickets modérateurs, dépassements d'honoraires, participations forfaitaires et franchises, dépassements tarifaires sur les dispositifs médicaux et les prothèses dentaires) ;
- ou encore le versement de prestations en espèces sans application du délai de carence ou au bénéfice d'assurés ne remplissant pas une ou plusieurs conditions d'ouverture de droit.

Toute prise en charge dérogatoire de ce type devra être justifiée par un intérêt de santé publique lié à un risque grave et anormal d'épidémie de nature à accroître significativement le risque de mortalité ou de dommages sévères et irréversibles. Aussi, le décret devra préciser :

- les destinataires de la prise en charge (victimes et le cas échéant proches de la victime) ;
- le champ de la prise en charge exceptionnelle (exonération du ticket modérateur, prise en charge des participations forfaitaires et franchises, des dépassements d'honoraires ou tarifaires, etc.) ;
- et le cas échéant les modalités d'organisation spécifiques à la prise en charge.

La prise en charge de ces dispositifs, qui relèvent normalement du reste à charge de l'assuré, sera financée « sur le risque », c'est-à-dire qu'elle viendra le cas échéant augmenter les dépenses dans le champ de l'ONDAM.

Ce mécanisme offrira une plus grande transparence à la représentation nationale sur les conditions de mise en place et le contenu de ces dispositifs de prise en charge exceptionnelle.

Les dispositifs dérogatoires mis en œuvre dans le cadre de cette mesure feront l'objet d'une information des conseils ou conseils d'administration des caisses nationales d'assurance maladie obligatoire afin de recueillir leur avis sur le dispositif concerné.

Le dispositif dérogatoire ne peut intervenir que dans l'attente de l'intervention en urgence du législateur..

b) Autres options possibles

Le seul recours au dispositif d'urgence sanitaire n'apparaît pas approprié dans les cas où la délivrance des soins et des actes de prévention peut se faire selon le droit commun sans mobiliser des moyens humains ou techniques supplémentaires et où la seule levée d'un éventuel frein financier pour les assurés concernés est recherchée afin de garantir un accès immédiat aux traitements.

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

Cette mesure emporte des conséquences financières directes pour tous les régimes d'assurance maladie obligatoire concernés, selon l'affiliation des assurés.

Elle trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale à ce titre en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, en tant que disposition ayant des effets sur les dépenses des régimes obligatoires de base.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet.

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

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite la création d'un nouveau chapitre comportant un article au sein du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Compte tenu du caractère exceptionnel et imprévisible de la dépense, il est par nature difficile de procéder à une estimation de coût précise. Néanmoins, il est possible de constater que la survenance des cas concernés par les prises en charge dérogatoires est relativement fréquente et représente un impact financier évalué entre 1M€ et 3M€ par an. Par exemple, la prise en charge du ticket modérateur des traitements anti-douleurs prescrits dans le cadre de de l'infection par le virus Chikungunya a représenté un coût de 1,5 M€ en 2014. De même, la prise en charge du ticket modérateur des examens de dépistages pour les femmes enceintes vivant sur des territoires touchés par l'épidémie de zika (Guadeloupe, Martinique, Guyane) en 2016 et 2017 s'est élevée à 2,8M€. Il est donc fait l'hypothèse d'un impact financier moyen de 2 M€ par année.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
		- 2	- 2	- 2	- 2

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

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Le dispositif permet de lever les éventuels freins financiers à l'accès aux soins et à la prévention afin de limiter les conséquences sur l'état de santé des assurés exposés à un risque grave mais également de l'ensemble de la population en cas de risque de contamination. A ce titre il est protecteur non seulement des assurés aux revenus les plus modestes qui pourraient être découragés de recourir aux actes médicaux nécessaires de peur d'avoir à assumer un reste à charge potentiellement important, mais également de l'ensemble de la population et notamment des personnes dont l'état de santé est fragile qui sont les plus directement susceptibles de souffrir du risque de contamination dans le cas d'une épidémie.

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet

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

Sans objet

- c) impacts sur l'environnement**

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Les assurés concernés pourront éventuellement avoir à effectuer des démarches administratives ajustées au besoin de la prise en charge dérogatoire (par exemple constitution de dossiers avec des devis de professionnels de santé).

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

Les caisses d'assurance maladie obligatoire devront être en mesure d'identifier les assurés concernés afin de leur envoyer les documents d'information ainsi que tout document nécessaire à la prise en charge des frais de santé ou à l'ouverture de prestations en espèces. Les agences régionales de santé pourront également être sollicitées.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Pas de texte d'application nécessaire. La création des dispositifs dérogatoires se fera par décret et dans l'attente de l'intervention du législateur..

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

Ce dispositif devra être effectif au 1^{er} janvier 2019.

- c) Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Les assurés seront informés par leur caisse d'assurance maladie. Cette information pourra également être relayée par les agences régionales de santé si l'échelon d'organisation s'y prête.

- d) Suivi de la mise en œuvre**

Chaque prise en charge exceptionnelle fera l'objet d'un suivi par les organismes chargés de la mise en place du dispositif et par la CNAM en cas de coordination du dispositif pour plusieurs régimes d'assurance maladie obligatoire.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
	Chapitre 9 bis nouveau
	Dispositions applicables à la prise en charge des assurés en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel
	Article L. 169-14 nouveau du code de la sécurité sociale
	Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie, des règles de prise en charge renforcée des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèce, dérogatoires au droit commun, peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder une année. Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa peuvent porter, en fonction de la nature du risque en cause, sur : 1° La participation de l'assuré, la participation forfaitaire et la franchise mentionnées respectivement au premier alinéa du I de l'article L. 160-13, au premier alinéa du II du même article et au premier alinéa du III du même article ; 2° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 ; 3° Les dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ; 4° Les dépassements de tarifs pour les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et pour les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ; 5° Certaines conditions dans lesquelles sont limitées à diverses situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations ou produits de santé prévues par les articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-16, L. 165-1 et L. 322-5 ; 6° Les conditions mentionnées aux articles L. 313-1 et L. 622-3, en tant qu'elles concernent les indemnités journalières mentionnées aux articles L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8, L. 622-1, L. 622-2, L. 623-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que le capital prévu aux articles L. 361-1 et L. 632-1 du présent code ;

	7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale, au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime ; 8° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 751-26 et au premier alinéa de l'article L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime pour les accidents de travail. 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 mentionné au premier alinéa détermine les prestations et les assurés concernés, ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises en charge applicables. Il fixe, le cas échéant, des modalités d'organisation et de coordination des organismes de sécurité sociale, spécifiques à la procédure de prise en charge.
Article 9 actuel de l'ordonnance 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre et Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	Article 9 modifié de l'ordonnance 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre et Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales
L'assurance maladie et maternité est régie par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale : -L. 160-8 à L. 160-10 et L. 160-13 à L. 160-15, sous réserve des dispositions de l'article 9-5 ; -L. 161-1 à L. 161-6 ; -L. 161-8, L. 161-12 à L. 161-15 et L. 162-2 ; -L. 162-3 et L. 162-4 ; -L. 162-29 et L. 162-30 ; -L. 169-1 à L. 169-11 ; [...]	L'assurance maladie et maternité est régie par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale : -L. 160-8 à L. 160-10 et L. 160-13 à L. 160-15, sous réserve des dispositions de l'article 9-5 ; -L. 161-1 à L. 161-6 ; -L. 161-8, L. 161-12 à L. 161-15 et L. 162-2 ; -L. 162-3 et L. 162-4 ; -L. 162-29 et L. 162-30 ; -L. 169-1 à L. 169-11 ; -L. 169-14 ; [...]
Article 20-1 actuel de l'ordonnance 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	Article 20-1 modifié de l'ordonnance 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
L'assurance maladie-maternité comporte également : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés mentionnés aux b, d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que des médicaments,	I.- L'assurance maladie-maternité comporte également : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés mentionnés aux b, d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que des médicaments,

produits et objets contraceptifs et des frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté interministériel ; 3° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique définis par arrêté interministériel ; 4° Abrogé ; 5° La couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'examen de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examen prescrits par les articles L. 2122-1, L. 2122-3, L. 2132-2 et L. 2132-2-1 du code de la santé publique ; 6° La couverture des frais de soins, de médicaments et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le code de la santé publique ; 7° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré salarié qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou reprendre son travail, ou durant le congé de maternité ; 8° La couverture des 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 selon les règles définies par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans des conditions précisées par arrêté interministériel ; 9° Lorsque, sur décision d'une commission médicale dans des conditions définies par décret, l'état du patient nécessite son évacuation sanitaire hors de Mayotte, la couverture des frais de transport prévus au 8°, ainsi que la couverture des frais de soins et d'hospitalisation, y compris le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ; 10° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré et de ses ayants droit hors de Mayotte sur le territoire national, dans les conditions prévues aux articles L. 174-4, L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale ; 11° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit dont l'état de santé nécessite des soins immédiats au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état, dans des conditions fixées par décret.	produits et objets contraceptifs et des frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté interministériel ; 3° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique définis par arrêté interministériel ; 4° Abrogé ; 5° La couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'examen de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examen prescrits par les articles L. 2122-1, L. 2122-3, L. 2132-2 et L. 2132-2-1 du code de la santé publique ; 6° La couverture des frais de soins, de médicaments et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le code de la santé publique ; 7° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré salarié qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou reprendre son travail, ou durant le congé de maternité ; 8° La couverture des 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 selon les règles définies par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans des conditions précisées par arrêté interministériel ; 9° Lorsque, sur décision d'une commission médicale dans des conditions définies par décret, l'état du patient nécessite son évacuation sanitaire hors de Mayotte, la couverture des frais de transport prévus au 8°, ainsi que la couverture des frais de soins et d'hospitalisation, y compris le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ; 10° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré et de ses ayants droit hors de Mayotte sur le territoire national, dans les conditions prévues aux articles L. 174-4, L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale ; 11° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit dont l'état de santé nécessite des soins immédiats au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état, dans des conditions fixées par décret. II. - Le chapitre 9 bis du titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte.

Article 37 - Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des enfants de moins de dix-huit ans

I. Présentation de la mesure

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

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) dans son avis rendu le 25 mai 2016 propose de rééchelonner les vingt examens de santé destinés aux enfants afin d'en renforcer le suivi. L'article L. 2132-2 du code de la santé publique fixe à 6 ans l'âge en dessous duquel tous les enfants bénéficient d'examens de santé obligatoires. Pour permettre de redéployer au-delà de cet âge trois des vingt examens obligatoires comme préconisé par le Haut conseil, il est nécessaire de modifier cet article.

De plus, les examens mentionnés à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique sont actuellement pris en charge au titre de la protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité sans avance de frais en application des articles L. 160-9 et L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale. Compte tenu du décalage de l'âge auquel ces examens seront réalisés, il est proposé de transférer leur charge du risque maternité au risque maladie, à l'exception du ou des examens qui sont réalisés au cours des 12 premiers jours suivant la naissance de l'enfant, qui demeurerait en cohérence avec son périmètre temporel de prise en charge financées par l'assurance maternité. Dans ce cadre, il importe de conserver l'absence d'obstacle financier au suivi de ces examens, en prévoyant les mesures législatives nécessaires pour assurer une prise en charge intégrale en tiers-payant par l'assurance maternité ou par l'assurance maladie en fonction des âges considérés.

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

a) Mesure proposée

La mesure a pour objet de redéployer les vingt consultations proposées pour les nourrissons et les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans au lieu de 6 ans actuellement. L'objectif poursuivi est de renforcer le suivi de la santé chez les jeunes, en permettant que trois des vingt consultations actuellement réalisées avant l'âge de 6 ans le soient après cet âge.

Les trois nouvelles consultations seront ainsi réalisées à 8-9 ans, à 11-13 ans (en plus de la visite de dépistage infirmier en 6^e, dont le principe et les modalités ne sont aucunement modifiés par la présente mesure) et à 15-16 ans. Elles ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage des anomalies ou déficiences (sensorielles, notamment visuelles et auditives) et la pratique des vaccinations. Ces consultations seront également mises à profit, de manière adaptée à l'âge, pour la prévention de la santé sexuelle des jeunes, sans préjudice de la consultation longue de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans prise en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Aussi est-il nécessaire de modifier l'article L. 2132-2 du code de la santé publique pour remplacer l'âge de 6 ans par l'âge de 18 ans.

Pour des raisons de cohérence, la mesure proposée modifie l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale pour limiter la prise en charge par l'assurance maternité des examens prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique à celui ou ceux réalisés jusqu'aux 12 jours de l'enfant (la réalisation du 2^e examen étant prévue lors de la 2^e semaine de l'enfant, elle peut avoir lieu avant ou après les 12 jours). Les examens réalisés au-delà de cet âge seront intégralement pris en charge par l'assurance maladie, en prévoyant à l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale une exonération du ticket modérateur de ces consultations, permettant un maintien des règles de remboursement existantes. De plus, il est créé un nouvel article L. 162-1-22 du code de la sécurité sociale rendant obligatoire la facturation par le professionnel de santé des examens réalisés après les 12 jours de l'enfant en tiers-payant, afin de s'assurer de l'absence de freins financiers.

b) Autres options possibles

Une extension de la prise en charge par l'assurance maternité aurait pu être envisagée pour les examens réalisés après l'âge de 6 ans. Néanmoins, elle aurait pu apparaître trop importante au regard des dispositions de droit commun qui prévoient que les enfants ne sont pris en charge au titre de la maternité que pendant la période pendant laquelle en bénéficie la mère, c'est-à-dire 12 jours après l'accouchement (articles L. 160-9 et L. 331-1 du code de la sécurité sociale).

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

La disposition prévue a sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale dans la mesure où le redéploiement de trois examens de santé au-delà de l'âge de 6 ans pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire entraîne un changement du risque supportant la dépense et l'instauration d'une prise en charge du ticket modérateur dans le cadre de ce transfert.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure sera codifiée puisqu'elle implique une modification de l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, ainsi que les articles L. 160-9 et L.160-14 du code de la sécurité sociale et la création d'un article L. 162-1-22 nouveau du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût total de la dispense de ces 20 examens de santé s'élevait à 73 M€ en 2017. Le redéploiement d'une partie des 20 examens de santé obligatoire, du fait de l'entrée en vigueur de la mesure au 1^{er} mars 2019 au plus tard pour l'ensemble des enfants se traduira par des dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie.

Les enfants âgés de 5 à 14 ans en 2018 bénéficieront en effet de consultations supplémentaires, ce qui engendrera un surcoût pour la branche maladie évalué à 6,5M€ au total, en faisant l'hypothèse d'un taux de recours aux trois consultations qui seront réalisées après les 6 ans équivalent au taux de recours actuel de la consultation à 6 ans. Ce surcoût de 6,5M€ sera réparti entre 2019 et 2028.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Branche maternité		- 1	-2	-3	-3,7

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

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

a) impacts économiques

La mesure est sans impact économique.

b) impacts sociaux

La mesure a un impact social positif puisqu'elle permet à tous les jeunes, notamment ceux de familles en situation de précarité, de bénéficier d'un suivi médical régulier pris en charge à 100% sans avance de frais par l'assurance maladie jusqu'au 18 ans de l'enfant.

• Impact sur les jeunes

Cette mesure permettra d'assurer un meilleur suivi de la santé des enfants et des vaccinations. En effet, elle étend ce suivi au-delà de la sixième année, à la grande enfance et à l'adolescence.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La mesure permettra de mieux suivre les enfants atteints de troubles des apprentissages se révélant à l'âge scolaire.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

La mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

Cette mesure impliquera une adhésion des enfants et adolescents et de leurs familles à cette nouvelle organisation des examens de santé.

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

La mesure implique une modification des systèmes d'information pour prendre en compte de nouvelles règles de remboursement entre assurance maternité et assurance maladie, une information des professionnels sur ces nouvelles règles et la mise en place d'une campagne d'information des assurés sur cette nouvelle mesure.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Les textes d'application nécessaires sont les suivants :

- Un décret en Conseil d'Etat modifiant l'article R. 2132-1 du code de la santé publique qui prévoit le nombre des examens de santé et les âges auxquels ils doivent intervenir. Sa publication devra intervenir le 1^{er} mars 2019 au plus tard.
- Un arrêté modifiant l'arrêté du 26 mars 1973 relatif aux examens médicaux préventifs auxquels doivent être soumis les enfants du premier et du second âge sera également modifié. Sa publication devra intervenir le 1^{er} mars 2019 au plus tard.
- Un décret en Conseil d'Etat pris en application de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale pour prévoir la suppression de la participation de l'assuré (exonération du ticket modérateur) pour les frais liés à ces examens entre le 12^e jour et les 18 ans de l'enfant. Sa publication devra intervenir le 1^{er} mars 2019 au plus tard.

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

Aucun délai de mise en œuvre ni de mesures transitoires ne sont nécessaires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les familles et enfants seront informés de cette mesure par leur caisse d'assurance maladie. Les médecins traitants (généralistes et pédiatres) ainsi que les services de PMI seront informés afin de transmettre l'information à leur patientèle.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure qui figure dans le programme national de santé publique (PNSP) sera assuré dans le cadre du suivi de ce plan. Pourront être utilisées les données de l'assurance maladie concernant le nombre de consultations survenues au cours de la deuxième semaine de vie, à 11 mois, au cours de la huitième année, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans et prises en charge à 100%.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la santé publique	
Article L. 2132-2 actuel	Article L. 2132-2 modifié
Tous les enfants de moins de six ans bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires. Le nombre et le contenu de ces examens, l'âge auquel ils doivent intervenir et la détermination de ceux qui donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé sont fixés par voie réglementaire. Le contenu des certificats de santé, et notamment la liste des maladies ou déficiences qui doivent y être mentionnées, est établi par arrêté interministériel.	Tous les enfants de moins de ~~six~~ dix-huit ans bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires. Le nombre et le contenu de ces examens, l'âge auquel ils doivent intervenir et la détermination de ceux qui donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé sont fixés par voie réglementaire. Le contenu des certificats de santé, et notamment la liste des maladies ou déficiences qui doivent y être mentionnées, est établi par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale ~~interministériel~~.
Article L. 2421-1 actuel	Article L. 2421-1 modifié
Sous réserve des adaptations prévues au présent chapitre, les dispositions suivantes du livre Ier de la présente partie sont applicables à Wallis-et-Futuna : 1° Le titre II, à l'exception de l'article L. 2122-4 ; 2° Le titre III, à l'exception de l'article L. 2132-3, les articles L. 2133-1 et L. 2133-2 dans leur rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 ; 3° Les titres IV à V.	Sous réserve des adaptations prévues au présent chapitre, les dispositions suivantes du livre Ier de la présente partie sont applicables à Wallis-et-Futuna : 1° Le titre II, à l'exception de l'article L. 2122-4 ; 2° Le titre III, à l'exception de l'article L. 2132-3, l'article L. 2132-2 dans sa rédaction résultant de la loi n° du décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, les articles L. 2133-1 et L. 2133-2 dans leur rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 ; 3° Les titres IV à V.
Code de la sécurité sociale	
Article L. 160-9 actuel	Article L. 160-9 modifié
[...] La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre également : 1° Les frais d'examens prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique ; 2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. L'assuré et ses ayants droit ne supportent aucune	[...] La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre également : 1° Les frais d'examens prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1, ~~et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique~~ et de l'article L. 2122-3 du code de la santé publique, ainsi que les frais d'examens de l'enfant réalisés en application de l'article L. 2132-2 du même code jusqu'à la fin de la période mentionnée au première alinéa du présent article ; 2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. L'assuré et ses ayants droit ne supportent aucune

participation aux frais prévus au présent article	participation aux frais prévus au présent article
Article L. 160-14 actuel	Article L. 160-14 modifié
La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-13 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants : [...] 24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, pour les assurées âgées de vingt-cinq ans. La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré. Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.	La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-13 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants : [...] 24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, pour les assurées âgées de vingt-cinq ans ; 25° Pour les frais liés aux examens prévus par l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9. La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré ; Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.
	Article L. 162-1-22 nouveau
	Les bénéficiaires de l'assurance maladie bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les frais relatifs aux examens prévus au 25° de l'article L. 160-14. Les professionnels de santé exerçant en ville le mettent en œuvre dans les conditions prévues aux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4.

Article 38 - Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives

I. Présentation de la mesure

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

La prévention est un objectif prioritaire du Gouvernement. Ainsi, « La Priorité Prévention », Programme National de Santé publique, mobilise tous les départements ministériels pour agir au plus près des Français tout au long de leur vie, de la grossesse jusqu'à la fin de vie. Il comporte plusieurs mesures dont une dizaine sur les addictions, notamment le tabac et l'alcool, en particulier auprès de publics vulnérables que sont les jeunes et les femmes enceintes. Il s'articule 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). Cette logique interministérielle se développe également dans le cadre des travaux du programme national de lutte contre le tabac 2018-2022.

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, un premier effort financier a permis de renforcer les moyens dédiés à la politique de lutte contre le tabac grâce à l'introduction d'une contribution spécifique sur les fournisseurs des produits du tabac et à l'affectation de son produit au fonds de lutte contre le tabac, créé par décret au premier janvier 2017 au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Selon la même logique, le renforcement des politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool et de cannabis sera favorisé par l'inclusion dans la fraction de TVA affectée à la CNAM d'un montant équivalent produit attendu en 2019 des amendes « stupéfiants », amendes forfaitaires qui seront mises en place par le projet de loi de programmation pour la justice. Ces ressources nouvelles pour l'assurance maladie seront consacrées au développement de nouvelles modalités d'intervention visant en particulier les jeunes (11-25 ans), dont le développement des consultations de jeunes consommateurs, du fait de l'impact, à cet âge, des consommations de substances psychoactives sur l'ensemble de la vie.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de supprimer le fonds de lutte contre le tabac et de créer un nouveau fonds dédié à la lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives (en particulier tabac, alcool et cannabis).

Afin d'affirmer la priorité gouvernementale de lutter contre les risques liés aux usages de substances psychoactives, le Gouvernement a décidé de la suppression du fonds tabac et de la création d'un nouveau fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives.

Ce fonds sera doté de ressources conséquentes, à la mesure de ses nombreuses missions. C'est pourquoi, le produit d'une taxe de rendement lui sera affecté. À cet égard, la contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac prévue aux articles L. 137-27 à L. 137-29 du code de la sécurité sociale, qui présente de telles caractéristiques, sera ainsi affectée à ce nouveau fonds.

Celui-ci bénéficiera en outre d'un montant équivalent au produit des amendes comme évoqué plus haut.

Ce fonds s'appuiera également sur les ressources existantes de la CNAM qui en assurera le secrétariat. Les ministres seront quant à eux responsables des montants attribués.

b) Autres options possibles

Néant.

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

La mesure a pour objet la création d'un nouveau fonds et l'affectation à celui-ci d'une taxe de rendement. Ce dispositif d'ensemble entre dans le champ des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure, en tant qu'elle affecte la contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac au nouveau fonds satisfait aux conditions définies par les dispositions du paragraphe 2 de l'article 1er de la directive 2008/118/CE du 16 décembre 2008 relative au régime général d'accise. Cette affectation au fonds constitue une fin spécifique exigée par ces dispositions, et les règles de taxation applicables à l'accise ou à la TVA que la directive prévoit également sont respectées.

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure sera codifiée puisqu'elle implique une modification de l'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale, et la création d'un article L. 221-1-4.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Sans objet pour une mesure de financement globale.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
		0			

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

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

a) impacts économiques

Néant

b) impacts sociaux

• **Impact sur les jeunes**

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.

• **Impact sur les personnes en situation de handicap**

Néant

c) impacts sur l'environnement

Néant

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

Le fonds de lutte contre addictions liées aux substances psychoactives participera à la lutte contre le tabac chez les femmes, action prioritaire du fonds de lutte contre le tabac et permettra également de mettre en place des mesures destinées à prévenir la consommation, notamment de tabac et d'alcool, chez les femmes enceintes.

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

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

Néant

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

Le secrétariat du fonds sera assuré par la CNAM à l'instar de ce qui existe aujourd'hui pour le fonds de lutte contre le tabac.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

- un décret prévoyant notamment la gouvernance du fonds, qui sera publié au cours du 1^{er} trimestre 2019 ;
- un arrêté annuel fixant la liste des bénéficiaires et des montants attribués.

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

Néant

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant

d) Suivi de la mise en œuvre

Un rapport de suivi des actions en cours et, le cas échéant, présentant les conclusions des actions terminées dans l'année sera prévu chaque année. Ce rapport annuel identifiera en particulier les projets ayant bénéficié aux populations ultramarines.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 137-27 actuel	Article L. 137-27 modifié
Les fournisseurs agréés de tabacs manufacturés mentionnés au 1 de l'article 565 du code général des impôts sont soumis à une contribution sociale sur leur chiffre d'affaires. Le produit de cette contribution est affecté à un fonds, créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie et destiné au financement de la prévention et de la lutte contre le tabagisme. Le fait générateur de la contribution et son exigibilité sont ceux prévus à l'article 298 quaterdecies du même code. L'assiette de la contribution est constituée par le montant total du chiffre d'affaires du redevable relatif à la commercialisation des tabacs manufacturés, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à Mayotte et à La Réunion, déduction faite de la remise consentie par ce redevable aux débiteurs en application du 3° du I de l'article 570 dudit code et du droit de consommation prévu aux articles 575 ou 575 E du même code. Le taux de la contribution est fixé à 5,6 %.	Les fournisseurs agréés de tabacs manufacturés mentionnés au 1 de l'article 565 du code général des impôts sont soumis à une contribution sociale sur leur chiffre d'affaires. Le produit de cette contribution est affecté ~~à un fonds, créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie et destiné au financement de la prévention et de la lutte contre le tabagisme~~ au fonds mentionné à l'article L. 221-1-4. Le fait générateur de la contribution et son exigibilité sont ceux prévus à l'article 298 quaterdecies du même code. L'assiette de la contribution est constituée par le montant total du chiffre d'affaires du redevable relatif à la commercialisation des tabacs manufacturés, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à Mayotte et à La Réunion, déduction faite de la remise consentie par ce redevable aux débiteurs en application du 3° du I de l'article 570 dudit code et du droit de consommation prévu aux articles 575 ou 575 E du même code. Le taux de la contribution est fixé à 5,6 %.
	Article L. 221-1-4 nouveau
	I. – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives. II. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements attribués par le fonds ainsi que les montants et la destination des sommes qui leur sont versées en application du présent article. III. - Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret.

Article 39 - Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens

I. Présentation de la mesure

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

La réalisation de vaccinations ne fait pas partie des missions actuellement dévolues aux pharmaciens d'officine par la loi.

La vaccination par le pharmacien, mise en place à titre expérimental dès la campagne vaccinale 2017/2018, dans le cadre défini par la LFSS pour 2017, participe au recours facilité à la vaccination et, combinée aux autres mesures de prévention (gestes et mesures barrières), contribue à freiner la circulation du virus de la grippe et à réduire les risques liés à l'épidémie.

La mise en œuvre de cette première campagne expérimentale s'est révélée être un succès marqué par un fort engouement des pharmaciens et une satisfaction des patients. En effet, 5 000 pharmaciens travaillant dans près de 60 % des pharmacies des régions expérimentatrices (Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine) y ont participé. Ils ont vacciné près de 160 000 personnes. Si ces vaccinations n'ont pas eu d'impact significatif sur la couverture vaccinale dans ces régions, ce résultat s'explique en partie par le fait que les personnes n'ayant jamais été vaccinées auparavant contre la grippe ne pouvaient pas être vaccinées par les pharmaciens, du fait de l'exclusion des primo-vaccinés de la cible vaccinale dans le cadre de l'expérimentation. Au regard de ce premier bilan, cette expérimentation est étendue à deux régions supplémentaires (Occitanie et Hauts-de-France) pour la campagne 2018/2019.

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

a) Mesure proposée

(1) Généraliser la vaccination par les pharmaciens d'officine

La mesure permet de généraliser la vaccination par les pharmaciens d'officine, en dehors du cadre expérimental actuel. Pour cela, la mesure modifie l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique pour ajouter la vaccination aux missions des pharmaciens d'officine et de modifier l'article L. 4161-1 du même code pour préciser que l'administration de vaccin par les pharmaciens ne constituera pas un exercice illégal de la médecine. La mesure prévoit également que les partenaires conventionnels (UNCAM et syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine) puissent négocier les modalités de tarification des honoraires dus aux pharmaciens.

Les vaccins qui pourront être administrés par les pharmaciens d'officine seront fixés par un arrêté du ministre en charge de la santé.

Ces dispositions entrent en vigueur à compter du 1^{er} mars 2019.

(2) Prévoir la fin de l'expérimentation relative à la vaccination par les pharmaciens

La mesure prévoit en outre la fin de l'expérimentation prévue au titre de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 au 1^{er} mars 2019.

b) Autres options possibles

La généralisation de l'expérimentation nécessite le recours à une modification législative, au regard des dispositions relatives à l'exercice illégal de la médecine et de celles en vigueur en matière de vaccination pour les sages-femmes et les infirmiers.

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

En application du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, cette mesure a sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale dans la mesure où elle a un effet sur les dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base. A terme, cette mesure devrait réduire les dépenses de la branche assurance-maladie, en évitant certaines consultations et en améliorant la protection de la population contre la grippe.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

Cette mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure sera codifiée puisqu'elle implique une modification des articles L. 4161-1 et L. 5125-1-1 A du code de la santé publique ainsi que de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette mesure est source d'économie pour l'assurance maladie. En effet, la multiplication des opportunités de vaccination, et la possibilité pour les pharmaciens de vacciner les personnes n'ayant jamais été vaccinées auparavant contre la grippe, est de nature à améliorer la couverture vaccinale antigrippale. La mesure devrait dès lors permettre de réduire à terme les dépenses de santé du fait de l'augmentation de ce taux de couverture, entraînant dès lors une diminution des complications liées à la grippe. Cet impact positif à terme sur les dépenses de santé reste toutefois difficilement quantifiable. Le coût sanitaire de la grippe s'élève à environ 233 M€ chaque année, dont il est attendu une réduction à terme.

De manière plus immédiate, toutes choses égales par ailleurs, la vaccination par le pharmacien est source d'économies à travers la réduction des consultations médicales, sans remettre en cause la qualité de la prise en

charge. Cette économie peut être estimée à partir de la première campagne vaccinale 2017/2018 de mise en œuvre de la vaccination par le pharmacien d'officine dans deux régions (Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine).

En se basant sur les 159 139 vaccinations pratiquées par 57 % des pharmaciens dans ces deux régions et sur l'hypothèse d'une augmentation de la participation des pharmaciens, jusqu'à 75 % dans le cadre de la généralisation, le nombre de vaccinations pratiquées par les pharmaciens dans ces deux régions à terme est de 210 000. La population des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine représente 20,6 % de la population âgée de 65 ans et plus en France entière.

En extrapolant ces résultats à la France entière, le coût de la vaccination par les pharmaciens est estimé à environ 6 M€. Le même nombre de vaccinations, effectuées par les médecins (1 consultation pour un bon, 1,5 consultation pour une prescription), représenterait quant à lui un coût estimé à environ 25 M€.

Ansi, l'économie potentielle liée à l'extension France entière de la vaccination contre la grippe saisonnière par les pharmaciens comparativement à une vaccination par les médecins est-elle de l'ordre de 18 M€.

Dans cette estimation, il est notamment attendu que le paiement de l'honoraire de vaccination au pharmacien soit le même que celui dû à l'infirmier. Cette hypothèse est crédible car elle correspond aux paramètres de rémunération retenus dans le cadre de l'expérimentation.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 R	2020	2021	2022
Branche maladie		+14	+18		

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

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

a) impacts économiques

La mesure a des impacts économiques bénéfiques : elle devrait permettre d'économiser plusieurs millions d'euros (car la vaccination est coût-efficace. Une simplification du parcours vaccinal conduira à une meilleure couverture vaccinale et permettra de diminuer la transmission de la maladie et réduira les dépenses d'assurance maladie liées aux soins des maladies infectieuses qui seront évitées.

b) impacts sociaux

Les impacts sociaux d'une meilleure couverture vaccinale sont bénéfiques collectivement. Une population bien vaccinée permet de protéger tout le monde, et en particulier, les plus vulnérables qui ne peuvent être vaccinés, comme par exemple, les nourrissons ou les personnes immunodéprimées.

• Impact sur les jeunes

La mesure est sans impact spécifique sur les jeunes.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La mesure contribuera à faciliter l'accès à la vaccination de tous, dont les personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

La mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

Cette mesure impliquera une adhésion des assurés à ce nouveau dispositif. Elle participe à la simplification du parcours vaccinal des assurés en facilitant leurs démarches dans la mesure où ils n'auront plus à se rendre deux fois chez leur médecin traitant (pour la prescription du vaccin et pour la vaccination).

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

Cette mesure nécessitera la création du système de facturation de l'honoraire de vaccination par le pharmacien.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Pour la généralisation et la nouvelle compétence des pharmaciens d'officine, un décret en Conseil d'Etat et un arrêté devront être pris. Le décret en conseil d'Etat précisera les conditions et modalités selon lesquelles les pharmaciens d'officine pourront vacciner contre la grippe. Il fera l'objet de concertations auprès du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens et du Conseil national de l'Ordre des médecins. L'arrêté pris après avis de la HAS fixera la liste des vaccinations. Leur publication devrait intervenir au premier trimestre 2019. Les textes réglementaires devront également être adaptés pour prévoir les modalités de prise en charge par l'assurance maladie de l'honoraire de vaccination du pharmacien.

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

La mise en œuvre de cette mesure interviendra à compter de la campagne de vaccination antigrippale organisée en 2019/2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés de la mise en place de ce dispositif par les pharmacies d'officine.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de cette mesure reposera sur les indicateurs de santé publique suivants :

- taux de couverture vaccinale (indicateur annuel) ;
- adhésion des Français à la vaccination contre la grippe (enquête annuelle baromètre santé).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la santé publique	
Article L. 4161-1 actuel	Article L. 4161-1 modifié
Exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ; 2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 4111-1 compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-7 et L. 4131-4-1 ; 3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ; 4° Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II du titre Ier du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 4112-6 et L. 4112-7 ; 5° Tout médecin mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes ni aux pharmaciens biologistes pour l'exercice des actes de biologie médicale, ni aux physiciens médicaux, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l'article L. 4301-1, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret.	Exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ; 2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 4111-1 compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-7 et L. 4131-4-1 ; 3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ; 4° Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II du titre Ier du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 4112-6 et L. 4112-7 ; 5° Tout médecin mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes ni aux pharmaciens biologistes pour l'exercice des actes de biologie médicale, ni aux pharmaciens qui effectuent des vaccinations, ni aux physiciens médicaux, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l'article L. 4301-1, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret.

Article L. 5125-1-1 A actuel	Article L. 5125-1-1 A modifié
Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine : 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ; 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ; 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ; 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ; 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ; 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit le contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ; 7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ; 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8°.	Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine : 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ; 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ; 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ; 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ; 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ; 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit le contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ; 7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ; 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ; 9° Peuvent effectuer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8°, 8° et 9°.
Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-16-1 actuel	Article L. 162-16-1 modifié
Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation (s) syndicales (s) représentative (s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part. La convention détermine notamment : 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;	Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation (s) syndicales (s) représentative (s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part. La convention détermine notamment : 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;

2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ; 2° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; 3° (Abrogé) ; 4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ; 5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ; 6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique ; 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ; 8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ; 9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 et L. 5125-4 du code de la santé publique ; 10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention. 11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télémedecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. 11° Des mesures tendant à favoriser ou maintenir une offre pharmaceutique dans les territoires définis à l'article L. 5125-6 du code de la santé publique. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article.	2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ; 2° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; 3° (Abrogé) ; 4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ; 5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ; 6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique ; 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ; 8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ; 9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 et L. 5125-4 du code de la santé publique ; 10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention ; 11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télémedecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ; ~~11° Des mesures~~ 12° Des mesures tendant à favoriser ou maintenir une offre pharmaceutique dans les territoires définis à l'article L. 5125-6 du code de la santé publique. 13° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien effectue, en application de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des vaccinations dont la liste et les conditions sont fixées par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article.

Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.

La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.

Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° du présent article entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.

Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. A défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante.

Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine.

Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.

La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.

Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° **et au 13°** du présent article entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.

Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° **et au 13°** du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. A défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante.

Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine.

Article 40 - Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement

I. Présentation de la mesure

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

On estime en France que près de 5 % des enfants naissent avec un ou des troubles du neurodéveloppement sévères tels que recensés par la classification internationale des maladies (autisme, déficience intellectuelle, DYS –dyspraxie, dysphasie – et déficit attentionnel et hyperactivité). Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles prévoient pour chacun des troubles du neurodéveloppement les mêmes séquences de repérage, bilan, intervention précoce auprès des mêmes professions, à des âges différents, avant les diagnostics fonctionnels et étiologiques.

De manière générale, pour l'ensemble des troubles du neuro-développement, les « parcours » sont très peu structurés et les actions trop limitées ou dispersées, si bien que de nombreuses des familles connaissent une errance diagnostique. Les interventions précoces recommandées et qui permettraient de limiter le sur-handicap n'ont pas lieu suffisamment tôt dans le développement de l'enfant et sont trop souvent conditionnées à un diagnostic.

Si majoritairement, l'accès au diagnostic est trop tardif, il est également devenu discriminant face au coût élevé des actes nécessaires à sa réalisation. Il est donc nécessaire de prendre en charge une partie des accompagnements aujourd'hui non financés par l'assurance maladie. Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) peuvent intervenir dès lors que la situation répond bien à la définition du handicap, c'est-à-dire en général lorsqu'il y a une altération de fonction au moins sur une durée de 1 an et des conséquences en lien avec cette déficience.

Ces constats sont étayés par les rapports récents IGAS-IGEN « Evaluation du 3e plan autisme dans la perspective de l'élaboration d'un 4e plan » du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la prise en charge de l'autisme, de l'Assemblée nationale et de la Cour des comptes.

Or, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles insistent fortement sur l'importance de mettre en œuvre des interventions précoces, dès suspicion d'un trouble du spectre de l'autisme. L'organisation actuelle du parcours, du repérage au diagnostic, ne permet pas ces interventions précoces, à moins d'avoir une capacité financière personnelle suffisante pour recourir à des professions libérales non conventionnées avec l'assurance maladie. Dans ce contexte, l'enjeu est d'assurer :

- un repérage aussi précoce que possible par les professionnels et structures en charge de l'accueil de la petite enfance ;
- l'initiation d'une prise en charge rapide, la définition et l'organisation d'un parcours de soins précoce rationnel, sécurisé et fluide ;
- une solvabilisation des familles quand ce parcours nécessite de recourir à des intervenants et professions de santé non conventionnés.

Ces trois objectifs impliquent un changement important dans l'organisation du diagnostic et de la prise en charge précoce, mais également de la couverture des interventions. La nécessité d'intervenir le plus précocement possible implique que les interventions soient déployées dès les premiers constats des difficultés neuro-développementales. Il serait préjudiciable d'attendre l'établissement d'un diagnostic formel de trouble du spectre autistique (TSA) ou d'un autre trouble, fonctionnel et éventuellement étiologique, pour organiser un plan d'intervention précoce. Dans ce contexte, l'organisation d'un parcours de soins précoces efficace pour les TSA concerne l'ensemble des enfants ayant un trouble du neuro-développement.

• **Repérage : systématiser le repérage en s'appuyant notamment sur les visites obligatoires des 9e et 24e mois**

La première étape va de l'identification des signes d'alerte jusqu'à une consultation dédiée. Comme noté par la récente recommandation de la haute autorité de santé (HAS) « Troubles du spectre de l'autisme : signes d'alertes, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent », est constitutive de signe d'alerte « majeur » de TSA, l'inquiétude des parents concernant le développement de leur enfant et particulièrement celui du langage et des interactions sociales. Les signes d'alerte peuvent également être détectés par tout professionnel en contact avec l'enfant dans les secteurs de la petite enfance ou de l'enfance.

En complément de ce repérage, qui doit conduire à une consultation dédiée en soins primaires, les examens médicaux obligatoires dans le cadre du suivi de santé du nourrisson et de l'enfant, et en particulier les visites obligatoires du 9e et 24e mois de l'enfant, prises en charge à 100% par l'assurance maladie et réalisées par un médecin généraliste ou un pédiatre, doivent constituer des moments de recherche de signes d'alertes, en accordant une attention particulière à la communication sociale (interactions sociales, communication non verbales puis verbales) au même titre que la motricité.

Le ministère des Solidarités et de la santé a publié les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant. Ils sont entrés en vigueur le 1er avril 2018. Ils ont été mis à jour sur la base des recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), afin de tenir compte des avancées scientifiques et des attentes des professionnels de santé et des familles.

Cette actualisation s'inscrit notamment dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé, qui vise à mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et à tous les âges de la vie. La politique de santé de l'enfant fait l'objet d'une attention particulière, une action précoce sur les déterminants de la santé ayant des effets tout au long de la vie. Cette nouvelle version a introduit des modifications dans les repères proposés aux parents et aux professionnels à différents âges du développement psychomoteur de l'enfant, notamment lors des visites obligatoires à 9 mois et 24 mois. Des actions d'information ont d'ores et déjà été réalisées auprès des professionnels de santé pour faire connaître les évolutions apportées par ces nouveaux modèles. Ces actions d'information et de sensibilisation seront renforcées et centrées notamment sur le bon renseignement des items en lien avec les troubles du neuro-développement.

Le ministère chargé de la santé :

- s'appuiera dès 2018 sur le comité d'animation nationale des actions de protection maternelle et infantile pour la sensibilisation des médecins et puéricultrices des centres de protection maternelle et infantile (PMI) ;
- informera les autres professionnels de santé concernés par l'intermédiaire de la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant ;
- s'appuiera également sur la CNAM qui mènera également des actions d'information auprès des professionnels de santé.

Un bilan annuel sera réalisé par le ministère chargé de la santé, à compter de 2019, à partir notamment du remplissage des certificats de santé afin de savoir si ces modifications, ainsi que leur emploi, apportent effectivement aux professionnels et aux parents des éléments pour repérer précocement des troubles du neuro-développement lors de ces visites obligatoires à 9 mois et 24 mois. Les ajustements qui s'avèreraient nécessaires pour favoriser un repérage précoce des troubles du neurodéveloppement s'inscriront dans le cadre des projets de dématérialisation du carnet de santé et des certificats de santé dont la réalisation effective est prévue à moyen terme (2020).

• La création d'un parcours de soins

Le renforcement des actions de repérage doit entraîner, pour les enfants dont le développement susciterait des inquiétudes, des interventions précoces. Compte tenu des effets pervers induits par les délais d'obtention d'un rendez-vous auprès des structures dites de deuxième ligne, l'objectif avec la mise en place de ce parcours de soins est d'accélérer l'accès à des interventions tout en assurant leur inscription dans un parcours structuré.

Les interventions précoces préconisées par les recommandations de la HAS, sont couvertes par l'assurance maladie (examen ORL, orthophonie, visuel) ou nécessitent l'accès à des professions non conventionnées (psychomotriciens, psychologues d'évaluation, ergothérapeutes). L'ensemble de ces examens et interventions peut être mis en œuvre dans les structures de deuxième et troisième ligne (financées par la sécurité sociale et, dans certains cas, les conseils départementaux), par des équipes pluridisciplinaires, en fonction des besoins des enfants. Dans ce cadre, les parents n'ont aucune avance de frais.

La réappropriation par les professionnels de première ligne, du repérage et de l'orientation des parents et enfants, impose de permettre, dans chaque territoire, selon un principe de subsidiarité :

une prise en charge immédiate par une structure de deuxième ligne, dont l'organisation sera rendue visible pour les parents et les professionnels de santé ;

à défaut, le déclenchement de bilans et d'interventions précoces en libéral, pour une durée déterminée, après orientation par le médecin de 1ère ligne et confirmé par la plateforme « autisme - troubles neurodéveloppementaux (TND) » auxquels les parents pourraient plus facilement souscrire dans le cadre d'un forfait si les professionnels ne sont pas conventionnés.

Ce principe nécessite :

- une capacité de saisine immédiate de la deuxième ligne par la première ligne, et en conséquence, l'existence d'une structure en charge de répondre aux appels, coordonner la prise de rendez-vous dans les structures de deuxième ligne (vérifier les délais d'attente pour un premier rendez-vous) et vérifier rapidement les besoins d'interventions pour déclencher une réponse adaptée : plateforme d'orientation et de coordination « autisme TND » ;
- 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.

Dans quelques régions, des plateformes diagnostiques sont en cours de structuration et pourraient jouer ce rôle. Il incombera aux agences régionales de santé (ARS) de désigner la structure en charge de ce nouveau rôle de régulation et plateforme par appel à projet. Si, spontanément, le principe d'une responsabilisation d'une structure de deuxième ligne dans l'ensemble de la régulation apparaît le plus simple, il ne pourra être exclu que certains territoires ne disposent pas d'une structure adéquate, ce qui imposera la désignation d'un autre acteur (antenne de centres de ressources autisme, etc.) répondant au cahier des charges.

Il reviendra aux ARS de s'assurer, en outre, que le recours aux professionnels libéraux sera correctement coordonné par les structures de deuxième ligne :

- les interventions de professionnels libéraux non conventionnés avec l'assurance maladie devront répondre à des conditions de qualité pour justifier une prise en charge : garanties concernant les formations suivies, échanges réguliers avec les structures de deuxième ligne, standardisation du retour aux médecins initiateurs du plan et au médecin traitant, formalisation du retour qualité par les familles. Ces conditions devront donner lieu à un conventionnement de ces professionnels avec les structures de deuxième ligne ;
- la procédure d'accord préalable pour l'intervention de professionnels conventionnés exerçant en dehors des structures dans le cadre de la procédure des « soins complémentaires » pris en charge par l'assurance maladie sera assurée par l'élaboration de plans d'intervention précoce, permettant ainsi de fluidifier le parcours des enfants et de leurs familles, et aux structures de deuxième ligne de mieux adapter leur intervention aux différents profils.

L'encadrement par les ARS de l'activité des structures de deuxième ligne devra prévoir un volet relatif aux difficultés de recrutement et une analyse de leur engagement, ou désengagement des interventions au regard de ces dernières. Les interventions précoces nécessitent, souvent, une action pluridisciplinaire et des séances collectives, que ces structures doivent mettre en place, notamment pour les enfants de moins de trois ans ; l'enjeu sera de sécuriser la gestion des files actives et permettre une intervention au plus près des besoins des personnes, combinées en interne et en externe à la structure.

• La mise en place d'un forfait « interventions précoces, autisme - TND »

La fluidification des parcours et l'effectivité des interventions précoces devrait particulièrement progresser à la faveur de la création d'un forfait « intervention précoce autisme - TND », destiné à solvabiliser le recours aux interventions de professionnels non conventionnés, hors structures de deuxième ligne, jusqu'à la réalisation d'un diagnostic fonctionnel permettant, le cas échéant, la reconnaissance d'un handicap par la MDPH et le service de la prestation d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), pour assurer la poursuite des prises en charge et de leur financement.

Compte tenu des besoins très personnalisés de chaque enfant, la mesure des moyens à dégager pour couvrir les besoins en intervention précoce en libéral pour l'ensemble d'une classe d'âge (0 à 6 ans), sur la base d'une prévalence de 5 % de troubles du neuro-développement, reste difficile. Il convient en outre de déqualifier de ce besoin général, celui correspondant aux enfants d'ores et déjà accueillis dans des structures pluridisciplinaires de niveau 2.

A dire d'experts, il est retenu que 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.

Il convient de souligner que selon les profils des enfants, d'autres professions de santé conventionnées peuvent être sollicitées dans le cadre de la mise en place de ces interventions précoces, selon l'orientation du médecin de 1ère ligne.

Au terme de la montée en charge de ce nouveau dispositif, qui pourrait couvrir l'ensemble de la durée de stratégie quinquennale, ces interventions pourraient avoisiner un coût total annuel de 90 M€.

A ce coût des interventions doit être ajouté celui de la coordination par les structures répondant aux appels à projet, estimé à environ 15 M€. L'évaluation de ce coût global a été calculée avec l'hypothèse d'une journée hebdomadaire financée sur la base du budget actuel des centres d'action médico-sociale précoce et rapportée à la cohorte de 35 000 enfants, auquel s'ajoute la mise en place d'un service mutualisé d'information et rendez-vous en une ligne.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à créer une prestation organisée par des structures médico-sociales ou sanitaires et réalisée par les professionnels de ville (psychologues, les psychomotriciens et les ergothérapeutes) et de définir les modalités de sa prise en charge par l'assurance maladie. A ce titre, il est proposé de créer un « forfait de bilan et intervention précoce » versé aux structures en charge de l'organisation du parcours des enfants.

b) Autres options possibles

La mesure paraît la plus à même de remplir les objectifs de diagnostic décrits ci-dessus.

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

La mesure génère une charge supplémentaire pour l'assurance maladie Elle relève donc du champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Un chapitre V sera inséré dans le titre III du livre premier de la deuxième partie du code de la santé publique

Une section X sera insérée dans le chapitre 4 du titre 7 du livre 1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact est estimé compte tenu d'un déploiement progressif du dispositif de plateformes et parcours.

Deux dépenses sont induites par la mesure : d'une part le coût des forfaits de bilan et intervention précoce, qui devrait s'élever, à terme (2022), à environ 90 M€ annuels, imputés sur l'ONDAM de ville ; d'autre part le coût de mise en place des plateformes, qu'elles relèvent du secteur médico-social ou du secteur sanitaire, qui devrait s'élever, à terme (2022), à environ 15 M€ annuels (dépenses imputées, selon les plateformes, dans l'ONDAM établissements médico-sociaux ou établissements de santé).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019	2020	2021	2022
Forfaits de bilan et intervention précoce		- 18	- 18	- 18	- 36
Fonctionnement des plateformes autisme – TND		- 3	- 3	-4	-5

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

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

a) impacts économiques

Le développement d'interventions précoces limitant l'installation de handicaps et surhandicaps permet une inclusion plus forte sur l'ensemble du parcours : inclusion scolaire, universitaire si possible, dans l'emploi et dans le logement, si bien que les besoins d'accompagnement sont moins intenses en durée et en nombre tout au long de la vie.

b) impacts sociaux

• Impact sur les jeunes

La mesure vise à prendre en charge de façon précoce tous les enfants présentant des différences de développement afin de leur permettre, grâce à l'accompagnement individualisé proposé, ou bien de rattraper le niveau moyen de développement, ou bien d'éviter l'installation de surhandicap faute d'interventions précoces. Cette disposition contribue ainsi à la politique publique dédiée à la santé et à l'épanouissement des jeunes.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La mise en place d'une intervention précoce vise à réduire le handicap et à prévenir les risques de surhandicap. Elle contribue donc à améliorer significativement la santé, les conditions de vie et l'inclusion des personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

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

Néant.

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

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

Néant.

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

Les Caisses primaires d'assurance maladie seront chargées de verser le forfait d'intervention précoce aux plateformes d'intervention et de coordination.

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

Cette mesure sera gérée dans le cadre des moyens de fonctionnement déjà alloués.

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

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

Un décret en conseil d'Etat déterminera les modalités d'application du nouveau dispositif.

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

Cette mesure entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

2. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant.

3. Suivi de la mise en œuvre

L'application de cette mesure sera suivie dans l'annexe 3 au PLFSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Titre III du livre premier de la deuxième partie du code de la santé publique
	Chapitre V nouveau Parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement
	Article L. 2135-1 nouveau
	Pour l'accompagnement des enfants présentant un trouble du neuro-développement et la réalisation d'un diagnostic, un parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie. Le parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés au 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou les établissements mentionnés à l'article L. 3221-1 du présent code. Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues peuvent conclure avec les structures désignées à l'alinéa précédent un contrat, conforme au contrat type défini par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du handicap. Ce contrat prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant. Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat prévoit également les modalités selon lesquelles la structure désignée rémunère les prestations réalisées dans le cadre du parcours. La prise en charge du parcours est soumise à prescription médicale. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.
Article L. 2112-8 actuel du code de la santé publique	Article L. 2112-8 modifié du code de la santé publique
Le financement des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 est assuré par une dotation globale annuelle à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80 % de son montant et du	Le financement des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 est assuré par une dotation globale annuelle à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80 % de son montant et du

département pour le solde.	département pour le solde. Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les régimes d'assurance maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours mentionné à l'article L. 2135-1.
	Chapitre IV du titre septième du code de la sécurité sociale modifié
	Section X Dépenses relatives aux prestations de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement
	Article L. 174-17 nouveau
	Les structures désignées en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique perçoivent une dotation pour financer le parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement, versée par la caisse mentionnée au premier alinéa de l'article L. 174-8 ou au premier alinéa de l'article L. 174-2.
	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales
Article 9 actuel	Article 9 modifié
L'assurance maladie et maternité est régie par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale : -L. 160-8 à L. 160-10 et L. 160-13 à L. 160-15, sous réserve des dispositions de l'article 9-5 ; -L. 161-1 à L. 161-6 ; -L. 161-8, L. 161-12 à L. 161-15 et L. 162-2 ; -L. 162-3 et L. 162-4 ; -L. 162-29 et L. 162-30 ; -L. 169-1 à L. 169-11 ; -L. 174-4 ; -L. 217-1 ; -L. 311-9 sous réserve des dispositions de l'article 9-4 ci-dessous et L. 311-10 ; -L. 313-1 à L. 313-5 ; -L. 315-1 ; -L. 321-1 ;	L'assurance maladie et maternité est régie par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale : -L. 160-8 à L. 160-10 et L. 160-13 à L. 160-15, sous réserve des dispositions de l'article 9-5 ; -L. 161-1 à L. 161-6 ; -L. 161-8, L. 161-12 à L. 161-15 et L. 162-2 ; -L. 162-3 et L. 162-4 ; -L. 162-29 et L. 162-30 ; -L. 169-1 à L. 169-11 ; -L. 174-4 et L. 174-17 ; -L. 217-1 ; -L. 311-9 sous réserve des dispositions de l'article 9-4 ci-dessous et L. 311-10 ; -L. 313-1 à L. 313-5 ; -L. 315-1 ; -L. 321-1 ;

-L. 322-5 à L. 322-6 ; -L. 323-1 à L. 323-5 sous réserve des dispositions de l'article 9-6 ci-dessous ; -L. 324-1 ; -L. 331-1 à L. 331-8 ; -L. 332-1 et L. 332-2 ; -L. 371-1 à L. 371-3 et L. 371-5 à L. 371-7 ; -L. 374-1 ; -L. 375-1 ; -L. 376-1 à L. 376-3 ; -L. 377-1 à L. 377-5.	-L. 322-5 à L. 322-6 ; -L. 323-1 à L. 323-5 sous réserve des dispositions de l'article 9-6 ci-dessous ; -L. 324-1 ; -L. 331-1 à L. 331-8 ; -L. 332-1 et L. 332-2 ; -L. 371-1 à L. 371-3 et L. 371-5 à L. 371-7 ; -L. 374-1 ; -L. 375-1 ; -L. 376-1 à L. 376-3 ; -L. 377-1 à L. 377-5.

Article 41 - Accélérer la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

I. Présentation de la mesure

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

La réforme tarifaire des EHPAD engagée par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) prévoit la détermination du forfait soins de ces établissements à l'aide d'une équation tarifaire prenant en compte notamment le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents.

Pour atteindre ce forfait cible, la loi prévoit un rythme de convergence tarifaire sur sept ans.

La convergence des EHPAD vers ce forfait cible permet de renforcer l'encadrement en personnel soignant pour les établissements qui ont actuellement des forfaits soins inférieurs à ce forfait cible (soit 84% des EHPAD).

Début 2018, le Gouvernement a souhaité accélérer cette convergence afin de renforcer plus rapidement les équipes soignantes des EHPAD.

Le rythme de convergence sera ramené de 7 ans à 5 ans et le terme fixé à 2021 au lieu de 2023.

Cette mesure nécessite une modification de l'article 58 de la loi ASV.

Ainsi, sur la période 2019-2021 les EHPAD percevront 143 M€ supplémentaires du fait de l'application de cette mesure, en plus des 217 M€ déjà programmés.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise à accélérer le rythme de convergence des EHPAD fixé par la loi (VII de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement).

b) Autres options possibles

Il n'y a pas d'autre option.

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

L'inscription de cette mesure en LFSS se justifie par leurs effets directs, en dépenses, sur l'équilibre des régimes d'assurance maladie, en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS.

Cette mesure a un impact pérenne annuel de l'ordre de 48 M€ sur les années 2019, 2020 et 2021 (143 M€ au total).

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

Cette mesure relève de la compétence des Etats membres.

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

Cette mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Le VII de l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement est une mesure transitoire et n'a pas vocation à être codifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun texte n'est à abroger.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
ONDAM médico-social – OGD Personnes âgées		- 48M€	- 48M€	- 48M€	- 48M€

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

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

a) impacts économiques

Cette mesure présente un impact économique important pour le secteur des EHPAD. Les moyens financiers supplémentaires alloués aux établissements sont destinés à accélérer le recrutement de personnels de soins, principalement des aides-soignantes, afin de renforcer plus rapidement la présence de soignants auprès des résidents.

b) impacts sociaux

Cette mesure vise à améliorer la qualité des soins et des accompagnements dans les EHPAD au bénéfice des résidents et participe également à l'amélioration des conditions de travail des professionnels en renforçant les équipes soignantes.

- **Impact sur les jeunes**

Néant.

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

Néant.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

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

Néant.

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

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

Cette mesure n'induit pas de charge administrative ou de formalité nouvelle pour les assurés.

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

Néant. Les CPAM assurent déjà les versements, l'accélération de la convergence est neutre de ce point de vue.

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

Néant.

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

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

Des modifications seront à apporter à l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

A ce jour, les seuils de déclenchement du dispositif de modulation du forfait global de soins au titre de l'hébergement permanent pour les établissements ne percevant pas la totalité du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins prennent en compte le rythme de convergence tarifaire sur la période 2017 à 2023. Un arrêté modificatif adaptera les seuils de déclenchement du dispositif en fonction du nouveau calendrier de convergence.

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

Néant.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre de cette mesure sera suivie par la CNSA dans le cadre des campagnes de tarification des EHPAD.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Version actuelle des dispositions du VII de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement	Version envisagée des dispositions du VII de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
VII.- Pour les années 2017 à 2023 et par dérogation au 1° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 du même code sont financés, pour la part des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par la somme des montants suivants : 1° Le montant des produits de la tarification reductibles afférents aux soins fixé l'année précédente, revalorisé d'un taux fixé annuellement par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale ; 2° Une fraction de la différence entre le forfait global de soins, à l'exclusion des financements complémentaires mentionnés au 1° du I de l'article L. 314-2 dudit code, et le montant mentionné au 1° du présent VII. La fraction mentionnée au 2° est fixée à 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. Le cas échéant, cette somme est minorée dans les conditions prévues au dernier alinéa du A du IV ter de l'article L. 313-12 du même code.	VII.- Pour les années 2017 à 2021 et par dérogation au 1° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 du même code sont financés, pour la part des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par la somme des montants suivants : 1° Le montant des produits de la tarification reductibles afférents aux soins fixé l'année précédente, revalorisé d'un taux fixé annuellement par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale ; 2° Une fraction de la différence entre le forfait global de soins, à l'exclusion des financements complémentaires mentionnés au 1° du I de l'article L. 314-2 dudit code, et le montant mentionné au 1° du présent VII. La fraction mentionnée au 2° est fixée à un septième en 2017, un sixième en 2018, un tiers en 2019, un demi en 2020, et un en 2021, ~~un demi en 2022 et un en 2023.~~ Le cas échéant, cette somme est minorée dans les conditions prévues au dernier alinéa du A du IV ter de l'article L. 313-12 du même code.

Article 42 - Renforcer l'accès précoce à certains produits de santé innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge

I. Présentation de la mesure

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

Le système d'accès aux médicaments présumés innovants en France est parmi les plus anciens et les plus ouverts en Europe. Il permet, pour les laboratoires qui en font la demande, une mise à disposition et une prise en charge de leur produit avant même que l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ne soit accordée.

L'arrivée de nouvelles molécules onéreuses, l'évolution rapide du niveau des indemnités fixées par quelques laboratoires et l'intérêt pour le dispositif d'accès précoce, ont conduit à une très forte augmentation des dépenses consacrées par l'assurance maladie à ce dispositif, qui a dépassé un milliard d'euros à deux reprises depuis 2014 alors qu'il représentait une centaine de millions d'euros jusqu'en 2013. La tendance de forte augmentation des dépenses liées à l'accès précoce semble devoir se poursuivre dans les années à venir et rend indispensable une régulation adaptée à ce cadre dérogatoire.

Les critiques sur le dispositif tant de la part des industriels (il ne couvre pas toutes les situations) que des pouvoirs publics (si le prix facial négocié avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) était rétroactif, ce n'était pas le cas du prix net, ce qui pouvait inciter les industriels à tenir des positions dures en négociation et à ne pas précipiter leur conclusion) ont conduit à la réforme votée en LFSS pour 2017. Cette réforme a introduit deux nouveautés : la rétroactivité du prix net négocié et un mécanisme de plafonnement provisoire de l'indemnité lorsque les négociations n'ont pas abouti au bout d'un an.

Depuis l'entrée en vigueur de cette réforme, plus de dix produits ont trouvé avec le CEPS un accord permettant leur sortie du dispositif vers une prise en charge de droit commun. En comparaison, seuls deux produits ne parviennent pas à trouver d'accord de sortie du dispositif avec le CEPS, sans qu'il soit possible de lier ce problème au dispositif de régulation. Deux aspects du dispositif font toutefois l'objet de critiques : d'abord il demeure incomplet – de nouvelles situations sont apparues où un accès précoce eût été nécessaire sans qu'il ait été possible de recourir à une autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Sa complexité a ensuite été soulignée, en particulier en ce qui concerne la détermination du prix net qui doit s'appliquer rétroactivement.

L'enjeu du dispositif est de permettre un accès précoce suffisamment large et attractif sans déséquilibrer la négociation conventionnelle dans un cadre financier régulé. Pour cela, quelques principes paraissent incontournables : le caractère rétroactif du prix net négocié, un cadre budgétaire maîtrisé qui incite à la conclusion rapide de négociations et la libre fixation d'une indemnité faciale par les industriels.

En ce qui concerne l'élargissement de l'accès précoce, plusieurs situations doivent faire l'objet d'une réponse spécifique : le cas des produits pour lesquels une demande d'ATU n'a pu être déposée à temps (avant l'AMM), celui de certaines extensions d'indication sans alternative thérapeutique, l'accès précoce pour les dispositifs médicaux.

En aval de l'accès précoce, l'évolution de la forme de l'innovation thérapeutique, et les difficultés de négociation rencontrées par le CEPS, plaident pour diversifier les outils dont les partenaires conventionnels (CEPS et industries de santé) disposent pour régler certaines situations.

Le cas des associations de traitements, c'est-à-dire des produits utilisés concomitamment ou séquentiellement, fait l'objet de difficultés croissantes de négociation qui impliquent de plus en plus fréquemment trois ou quatre acteurs (CEPS et plusieurs industriels de santé). Les intérêts nécessairement divergents des industriels lors de la négociation du coût d'une prise en charge thérapeutique ne rendent pas toujours possible le débouclage conventionnel d'une négociation. Si cette approche conventionnelle restera l'outil privilégié du CEPS, il convient de lui permettre de surmonter les difficultés de négociation, notamment pour éviter que des produits restent trop longtemps dans le dispositif d'accès précoce, ou que les coûts de certaines prises en charge augmentent de manière disproportionnée par rapport à une trajectoire soutenable de dépenses.

Parallèlement à ces évolutions, la mesure prévoit de modifier la place qui est accordée aux données relatives aux médicaments et produits par notre système de santé en continu. Les travaux de la mission menée par Dominique Polton, Bernard Bégaud et Franck von Lennep (2017) ont ainsi mis en avant la qualité de l'infrastructure de recueil des données en France, et le foisonnement d'initiatives médicales et scientifiques permettant d'améliorer les connaissances sur les médicaments déjà pris en charge. Ces travaux soulignent toutefois que certaines données ne sont pas suffisamment structurées, et dès lors ne peuvent pas être exploitées correctement. Pis, la mission met en évidence le retard pris par la France pour se doter d'une véritable stratégie d'analyse des données en vie réelle. Si, méthodologiquement, les observations produites « en vie réelle » ne peuvent pas remplacer celles issues des études cliniques bien conduites, elles contiennent toutefois des informations importantes, complémentaires à celles des études cliniques, pour s'assurer que les médicaments sont utilisés conformément aux recommandations, et qu'ils ne présentent pas d'effets indésirables ou de toxicités particulières qui n'auraient pas été observées initialement. Pour que ces données soient pleinement utilisées, il convient de mieux définir le cadre de leur recueil.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à modifier les conditions d'accès précoce aux innovations en France, selon cinq axes principaux :

(1) *Elargir l'accès au « post-ATU » pour les produits n'ayant pu bénéficier d'une ATU avant leur AMM*

La mesure permet, sur décision des ministres en charge de l'inscription des produits à la prise en charge de droit commun, un accès au dispositif d'accès précoce pour les médicaments qui n'auraient pas pu disposer du mécanisme d'ATU mais qui en remplissent toutes les conditions (essentiellement, médicament innovant dans des situations graves, en l'absence d'alternative thérapeutique, et dont l'efficacité et la sécurité d'emploi sont établies). L'obligation de dépôt d'une demande d'un accès précoce selon un calendrier relativement contraint, en amont de l'octroi d'une AMM, n'apparaît en effet pas toujours pertinente pour les patients.

Les délais de soumission des demandes de prise en charge, et des données en vue de l'évaluation par la HAS puis de la négociation par le CEPS, sont également encadrés pour éviter que le dispositif d'ATU ne devienne une voie détournée d'accès à une prise en charge pérenne. Des pénalités financières sont appliquées en cas de non-respect de ces délais.

(2) *Simplifier la négociation du prix des produits sous ATU*

S'agissant des conditions de prise en charge, le principe demeure celui de l'application rétroactive du prix net, qui doit normalement être négocié avec le CEPS. La mesure prévoit des aménagements pour en rendre l'application opérationnelle plus simple, notamment pour permettre aux partenaires conventionnels de disposer d'une souplesse d'application en réduisant à 1 an la période de projection des volumes, actuellement de 3 ans.

(3) *Créer un dispositif d'accès précoce pour certaines extensions d'indications*

La mesure étend le principe de l'accès précoce, au cas des médicaments déjà pris en charge par l'assurance maladie, mais pour lesquels une nouvelle indication innovante, s'adressant à des situations graves sans alternative thérapeutique et pour lesquels l'efficacité et la sécurité d'emploi sont établies, pourrait être rapidement disponible. Il s'agit d'un progrès majeur pour que les patients puissent bénéficier rapidement des progrès thérapeutiques les plus importants.

Dans cette situation, le système de prise en charge sera adapté, par rapport à l'ATU, car il ne faut pas déstabiliser le cadre conventionnel (les extensions d'indication occupent une part importante de l'activité du CEPS) et, surtout, il existe en général déjà un coût net distinct du prix facial. Un système de prise en charge précoce pourra être mis en place dès lors qu'un codage systématique des indications aura lieu pour cette molécule, et sous réserve d'un recueil exhaustif de données cliniques pour l'ensemble des patients traités. Les caractéristiques principales en seraient :

- achat par les établissements de santé au prix publié au Journal officiel (qui ne serait, au moment de la mise en place de la prise en charge temporaire, pas renégocié) ;
- fixation, par les ministres, d'une indemnité nette (confidentielle) pour l'indication concernée. Cette indemnité sera fixée au regard des règles de fixation de prix usuels (appliquées aux prix nets), et lorsque cela est pertinent, des références conventionnelles existantes.

Un tel dispositif de prise en charge permettrait l'accès précoce à de nouvelles innovations thérapeutiques pour les patients, tout en conservant les atouts du dispositif d'ATU (pas de négociation a priori, application du prix finalement négocié de manière rétroactive), en adoptant une posture symétrique, puisque le prix net provisoire serait cette fois-ci déterminé non par l'industrie mais par la puissance publique. A l'occasion de la conclusion d'un accord, le CEPS pourrait décider des paramètres pertinents pour ajuster le niveau des remises versées par le laboratoire si le prix net conventionnel s'avère supérieur à celui fixé par les ministres.

(4) *Créer un dispositif d'accès précoce pour les dispositifs médicaux*

Contrairement au médicament, et en dehors du dispositif d'accompagnement « de phase III » (forfait innovation) s'appliquant lorsque des études cliniques ou médico-économiques sont encore en cours, il n'existe pas pour le dispositif médical de mécanisme permettant un accès précoce (avant le résultat de la négociation tarifaire en CEPS) des patients aux produits les plus innovants dans les pathologies graves, en l'absence d'alternative clinique, une fois que l'efficacité et la sécurité des soins sont bien établis. Cette différence s'expliquait essentiellement par le fait que 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.

Il paraît toutefois possible d'assouplir les règles en vigueur et de permettre une prise en charge anticipée de certains dispositifs médicaux avant le résultat des négociations tarifaires. Le dispositif sera le suivant :

- au moment d'un dépôt de demande de prise en charge auprès des ministres et de la HAS, la commission spécialisée de la HAS (CNEDiMTS) rendra un premier avis rapide indiquant qu'un dispositif peut disposer d'un accès précoce, car il est innovant, est indiqué dans une maladie grave (mettant en jeu le pronostic vital) pour laquelle il n'y a pas d'alternative thérapeutique, et l'efficacité et la sécurité de ce dispositif sont établies au vu des études cliniques fournies ;

- dans le cadre de cet avis, un tarif temporaire (net) sera fixé par les ministres pour permettre la prise en charge de ce dispositif avant même la fin de l'évaluation complète de la HAS ; le prix facial sera librement fixé par l'industriel comme pour le mécanisme d'ATU ; le tarif temporaire net sera fixé au regard des règles usuelles de fixation des tarifs (appliquées aux tarifs nets), et lorsque cela est pertinent, des références conventionnelles existantes ;
- l'évaluation complète par la CNEDiMTS, puis la négociation tarifaire avec le CEPS, suivent leur cours habituels. Une fois ces négociations conclues, le paiement de l'industriel est ajusté au niveau du tarif négocié sur la période d'accès précoce (versement complémentaire à l'industriel le cas échéant).

Ce dispositif d'accès précoce s'appuie largement sur le mécanisme en place pour l'ATU/post-ATU. Un mécanisme de sortie du dispositif sera en outre prévu pour éviter que les produits n'y restent trop longtemps. La distribution de ces produits, pendant la phase d'accès précoce, sera uniquement assurée par certains établissements de santé.

(5) Prévoir la continuité des traitements lors de la fin de la prise en charge précoce

La mesure prévoit en outre les dispositions de fin de prise en charge au titre de l'ATU ou du post-ATU (ainsi que dans le cas d'une prise en charge précoce d'un dispositif médical), lorsqu'une inscription de droit commun n'est pas décidée, par exemple parce que le laboratoire retire sa demande d'inscription. Dans ces situations, il est nécessaire de prévoir une phase de continuité des traitements (pour les patients déjà initiés), pour permettre au prescripteur d'adapter la stratégie de prise en charge.

Au-delà de l'accès précoce, l'article renforce plusieurs aspects des conditions de prise en charge et de renforcement de la pertinence de l'utilisation des produits de santé. Dans un cadre financier contraint, l'objectif est de faire émerger de nouveaux outils permettant de s'assurer que les soins pertinents et de la meilleure qualité possible soient bien diffusés sur l'ensemble du territoire. Il s'agit notamment de :

(6) Permettre au CEPS de fixer par décision des remises pour les médicaments utilisés en association

La mesure étend également les dispositions applicables depuis la LFSS pour 2018 aux produits de la liste des produits et prestations (LPP) permettant au CEPS de fixer par décision des remises, aux médicaments, et ce dans le seul cas où ces médicaments sont utilisés concomitamment ou séquentiellement avec d'autres, pour au moins une partie de leur utilisation. Cette mesure doit notamment permettre de surmonter certaines difficultés de négociation pour ces médicaments, notamment lorsque plusieurs laboratoires sont impliqués dans la négociation. Dans ce cas, la fixation d'un prix net équitable entre les différents laboratoires, et permettant de respecter l'équilibre financier total au regard de l'intérêt de l'utilisation de produits concomitamment ou séquentiellement, n'est en effet pas toujours possible par voie conventionnelle. Plus généralement, la mesure clarifie également les conditions dans lesquelles une renégociation des prix des produits pourra avoir lieu, notamment en rendant applicables les critères de révisions de prix pour décider d'une révision des conventions. Cette évolution fait notamment suite à la recommandation de la Cour des comptes en 2017, visant à clarifier les situations dans lesquelles une révision de prix peut être menée. Elle viendra également sécuriser juridiquement l'action actuelle du CEPS.

(7) Renforcer la collecte et l'analyse des données relatives aux produits de santé

La mesure précise les modalités selon lesquelles les données en vie réelle seront collectées : elle introduit le principe de l'obligation de la collecte de certaines données en vue d'assurer la prise en charge. Cette collecte existe déjà pour les médicaments en ATU et dans une moindre mesure pour les médicaments en post-ATU, et pour certaines informations, notamment les indications de prise en charge. Elles ne sont toutefois pas toujours suffisantes pour répondre à des questions précises, comme notamment le maintien des résultats observés dans les études cliniques en vie réelle. Pour les médicaments bénéficiant d'autorisation de mise sur le marché conditionnelle ou sous condition exceptionnelles, il est en outre proposé de garantir durant la phase post ATU le même niveau de recueil que durant la phase ATU. Les informations collectées seront donc spécifiques à chaque produit de santé visé par la mesure. Ces données constituent une source extrêmement importante d'information qui permettrait de rendre notre système de prise en charge plus efficient et plus sûr.

En ce sens, la mesure permet de donner un cadre général à une collecte de données qui existe par ailleurs souvent au niveau de certains acteurs locaux ou régionaux. Mais comme l'a montré la mission réalisée par Dominique Polton, Bernard Bégaud et Franck von Lennep, il n'est pas toujours possible de tirer des conclusions robustes de ces données collectées, du fait de la taille limitée de l'échantillon ou de l'absence de certaines informations.

L'introduction de cette mesure est en outre nécessaire pour permettre le suivi des médicaments disposant du dispositif post-ATU, mais également pour le recueil des indications des dispositifs médicaux utilisés dans le cadre de l'accès précoce, pour permettre de calculer le montant des remises le cas échéant dues par l'industriel. Ce mécanisme permettra en outre d'accélérer la révision de l'évaluation de certains médicaments ou dispositifs médicaux pris en charge, et pour lesquels des études complémentaires, souvent demandées par les commissions de la HAS en charge de l'évaluation, sont attendues. Actuellement, plusieurs de ces études prennent du retard, faute d'inclusion de l'ensemble des patients, et il n'est pas possible pour la puissance publique de mener des études complémentaires à celles demandées aux industriels faute de disposer des données sources.

Plus généralement, la mesure permet également d'adapter les règles de prise en charge des médicaments, le cas échéant au regard des résultats des études de vie réelle menées (ou dès la première prise en charge). Il s'agit pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de pouvoir arrêter des conditions particulières relatives à la

prescription ou à l'utilisation des produits, en vue de leur prise en charge. Des dispositions similaires pour les dispositifs médicaux sont déjà en vigueur, et permettent par exemple d'encadrer les prescripteurs pouvant effectuer une première prescription en vue de la prise en charge. La mesure permettra également de limiter certaines durées de prise en charge, lorsqu'il n'est pas justifié que ces prises en charge se prolongent.

(8) Préciser les règles de prise en charge de l'homéopathie

La mesure prévoit enfin de préciser les règles de prise en charge des médicaments homéopathiques relevant de l'enregistrement prévu à l'article L. 5121-13 du code de la santé publique (déjà titulaires de cet enregistrement, ou pour lesquels l'enregistrement est en cours d'analyse). Si certains médicaments sont actuellement pris en charge, selon une procédure de droit commun, il conviendra de pouvoir préciser par voie réglementaire que la Commission de la transparence peut rendre un avis global sur le bienfondé de la prise en charge de ces médicaments, la dispensant ainsi de rendre un avis médicament par médicament. Les conditions d'évaluation des médicaments homéopathiques seront dans tous les cas les mêmes que celles des autres médicaments pris en charge par l'assurance maladie.

b) Autres options possibles

Compte tenu du dynamisme et du niveau des dépenses liées à l'ATU et au post-ATU, il aurait pu être envisagé de supprimer le principe de libre fixation du prix facial par l'industriel lors de la phase d'accès précoce et de mettre en place un dispositif de fixation administrée de l'indemnité provisoire pour l'ensemble des produits de santé concernés. Cette solution, par son caractère systématique, risquerait de diminuer le caractère attractif du dispositif tel qu'il existe aujourd'hui.

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

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie et d'améliorer significativement la pertinence des prises en charge. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 133-4, L. 162-4, L. 162-16-5, L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17, L. 162-17-2-1, L. 162-17-4, L. 162-18, L. 162-22-7-3 et L. 165-4 du code de la sécurité sociale, ainsi que l'article L. 5121-12 du code de la santé publique. Elle crée également les articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-4, L. 162-17-1-2, L. 162-17-2-2 et L. 165-1-4 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les dépenses liées aux médicaments disposant d'un accès précoce dépendent fortement, d'une année à l'autre, des résultats des essais cliniques. Cette dépense fluctue donc d'une année à l'autre. Par rapport à la situation actuelle, l'élargissement des conditions de prise en charge précoce pourraient augmenter de 10 % à 20 % la dépense au titre de l'ATU et du post-ATU (impact de 100 à 200 M€) : il s'agit en effet de prendre en charge de manière précoce de nouvelles situations, à la fois pour les extensions d'indications dans le médicament (toutefois, cette disposition devrait être moins souvent appliquée que la disposition standard d'ATU au regard des plans de développement cliniques généralement mis en place pour ces produits), et pour les dispositifs médicaux.

Toutefois, l'introduction de la possibilité, pour les ministres, de fixer une indemnité nette pour les médicaments bénéficiant d'un accès précoce est de nature à raccourcir les délais de négociation avec le CEPS, diminuant dans les faits l'intérêt pour le laboratoire à prolonger plus que de nécessaire (réponses tardives, absence de proposition raisonnable) la négociation.

Ces deux mesures doivent donc être combinées et ainsi permettre, avec le maintien du principe selon lequel le prix net négocié avec le CEPS s'applique rétroactivement, de ne pas modifier significativement les dépenses d'assurance maladie relatives aux médicaments sous ATU ou post-ATU, ainsi qu'aux dispositifs médicaux, toutes choses égales par ailleurs.

Les autres dispositions de la mesure participent directement à la maîtrise des dépenses des produits de santé. Il peut être estimé une économie globale de 100 M€ liée à ces dispositions :

- la mesure permettant au CEPS de fixer des remises pour les produits utilisés concomitamment ou séquentiellement est de nature à permettre de trouver les conditions du juste prix (net) pour plusieurs produits. Une économie de 60 M€ liées aux négociations que pourra mener le CEPS est attendue de cette mesure ;
- le meilleur recueil des données en vie réelle doit permettre de favoriser l'efficience des dépenses d'assurance maladie en favorisant notamment le respect des indications de prise en charge. Ce recueil est en outre nécessaire pour la mise en œuvre des dispositions relatives au suivi des indications des dispositifs médicaux disposant d'un accès précoce. À court terme, cette mesure doit participer aux économies liées à l'efficience de la structure de prescription, à hauteur de 30 M€, en permettant des actions plus personnalisées liées au suivi des conditions de prescription. A moyen terme (une fois les premiers résultats connus), la mesure

permettra d'enrichir les informations à la disposition des ministres et de la HAS sur les produits de santé pris en charge, et sera susceptible de faire évoluer les conditions de prise en charge, dont les prix ;

- la mesure permettant de mieux encadrer les conditions de prise en charge (conditions de prescription, durées de prise en charge) participera également à la maîtrise des dépenses remboursées, le cas échéant après analyse des données en vie réelle, mais également au regard des avis de la HAS. À court terme, l'impact spécifique de cette mesure est estimé à 10 M€.

La mesure relative à l'évaluation de l'homéopathie est susceptible de modifier les conditions de prise en charge de ces médicaments par l'assurance maladie, en fonction du résultat de cette évaluation. Actuellement, la prise en charge de l'homéopathie représente un coût d'environ 130 M€ pour l'assurance maladie. L'impact de cette mesure sur les dépenses ne peut toutefois pas être précisément estimé à ce stade, car il dépendra notamment du résultat de l'évaluation scientifique.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 R	2020	2021	2022
		+50	+100		

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

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

a) impacts économiques

La mesure est de nature à avoir un impact économique positif pour les entreprises souhaitant mettre à disposition, de manière anticipée, certains médicaments innovants ou dispositifs médicaux répondant à des besoins non couverts.

b) impacts sociaux

La mesure impactera positivement les assurés, car elle permettra un meilleur accès précoce à l'innovation.

• Impact sur les jeunes

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les jeunes.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La mesure n'a pas d'impact particulier pour les personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

La mesure n'induit pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

La mesure n'induit pas d'impacts particuliers supplémentaires pour les assurés sociaux s'agissant de démarches ou de formalités administratives.

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

La mesure étend un dispositif d'accès précoce déjà en place. Il n'est donc pas attendu d'impact spécifique supplémentaire pour les administrations publiques ou les caisses d'assurance maladie.

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

La mise en œuvre de la mesure sera réalisée dans le cadre des ressources existantes.

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

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

Un décret précisera les modalités d'application de la mesure. Il sera publié lors du premier semestre 2019.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité particulière d'information n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 133-4 actuel	Article L. 133-4 modifié
En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation : 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 ; 2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement. Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés. Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort. Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations. Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en	En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation : 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, ~~et L. 162-23-1~~ L. 162-23-1 et L. 165-1-4 ; 2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement. Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés. Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort. Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations. Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La

demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des quatre alinéas qui précèdent.	mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des quatre alinéas qui précèdent.
Article L. 162-4 actuel	Article L. 162-4 modifié
Les médecins sont tenus de signaler sur l'ordonnance, support de la prescription, le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent : 1° Lorsqu'ils prescrivent une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ; 2° Lorsqu'ils prescrivent un produit ou une prestation en dehors des indications thérapeutiques ou diagnostiques, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ; 3° Lorsqu'ils prescrivent des actes ou prestations en dehors des indications ou des conditions de prise en charge ou de remboursement, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 ; 4° Lorsqu'ils prescrivent des actes et prestations non remboursables en application de l'article L. 160-8. 5° Lorsqu'ils prescrivent des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 en l'absence de l'accord sur la prise en charge de ces prestations prévu à l'article L. 315-2. Lorsque cette demande d'accord est en cours d'instruction, les médecins inscrivent que la prise en charge est subordonnée à un accord préalable du service du contrôle médical. Lorsque les médecins réalisent des actes non remboursables, ils n'établissent pas le document prévu à l'article L. 161-33. Pour les spécialités pharmaceutiques mentionnées au 1°, l'inscription de la mention : " Prescription hors autorisation de mise sur le marché " prévue à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique dispense de signaler leur caractère non remboursable.	Les médecins sont tenus de signaler sur l'ordonnance, support de la prescription, le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent : 1° Lorsqu'ils prescrivent une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ou des conditions ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ; 2° Lorsqu'ils prescrivent un produit ou une prestation en dehors des indications thérapeutiques ou diagnostiques, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, ou des conditions figurant sur cette même liste ; 3° Lorsqu'ils prescrivent des actes ou prestations en dehors des indications ou des conditions de prise en charge ou de remboursement, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 ; 4° Lorsqu'ils prescrivent des actes et prestations non remboursables en application de l'article L. 160-8. 5° Lorsqu'ils prescrivent des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 en l'absence de l'accord sur la prise en charge de ces prestations prévu à l'article L. 315-2. Lorsque cette demande d'accord est en cours d'instruction, les médecins inscrivent que la prise en charge est subordonnée à un accord préalable du service du contrôle médical. Lorsque les médecins réalisent des actes non remboursables, ils n'établissent pas le document prévu à l'article L. 161-33. Pour les spécialités pharmaceutiques mentionnées au 1°, l'inscription de la mention : " Prescription hors autorisation de mise sur le marché " prévue à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique dispense de signaler leur caractère non remboursable.
Article L. 162-16-5 actuel	Article L. 162-16-5 modifié
I. - Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de	I. - Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de

l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue au 1° l'article L. 5126-6 dudit code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'inscription de la spécialité sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ou, lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours à compter de cette décision. Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article. La marge mentionnée au premier alinéa du I du présent article peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité. Tant que le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée. Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. II. - Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I. III. - Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de cession fixé en application du premier alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée. IV.-La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à	l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue au 1° l'article L. 5126-6 dudit code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'inscription de la spécialité sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ou, lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours à compter de cette décision. Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article. La marge mentionnée au premier alinéa du I du présent article peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité. Tant-Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, tant que le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée. Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. II. - Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I. III. - Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de cession fixé en application du premier alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée. IV.-La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif

toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique. Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application du III du présent article est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.	unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités principes, aux spécialités biologiques similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique. Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application du III du présent article est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.
Article L. 162-16-5-1 actuel	Article L. 162-16-5-1 modifié
I.-Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. Le comité rend publiques ces déclarations. Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente. II.-Si, au 31 mars de chaque année, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant moyen pris en charge par patient à ce titre pour l'année civile précédente excède 10 000 euros, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant de 10 000 euros multiplié par le nombre de patients traités. Le nombre de patients traités, et en conséquence le montant moyen pris en charge par patient, sont déterminés au prorata de la durée de traitement moyenne sur l'année civile considérée. Par dérogation au premier alinéa du présent II, les médicaments dont le chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'année civile mentionnée au premier alinéa du présent II, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au premier alinéa du présent II. III.-Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes	I.-Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées par l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, ou prises en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations. Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente. II.-Si, au 31 mars de chaque année, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation selon les modalités fixées par l'article L. 162-16-5-1-1 ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant moyen pris en charge par patient à ce titre pour l'année civile précédente excède 10 000 euros, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant de 10 000 euros multiplié par le nombre de patients traités. Le nombre de patients traités, et en conséquence le montant moyen pris en charge par patient, sont déterminés au prorata de la durée de traitement moyenne sur l'année civile considérée. Par dérogation au premier alinéa du présent II, les médicaments dont le chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'année civile mentionnée au premier alinéa du présent II, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au premier alinéa du présent II.

mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence. Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations : 1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période ; 2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence. Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent III. IV.-Pour l'application du III du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code. Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge : 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2	III.-Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence. Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations : 1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période ; 2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence. Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent III. IV.-Pour l'application du III du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code. Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge : 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2

du présent code ; 2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché. Dans les deux cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.	du présent code ; 2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché. Dans les deux cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle. Le III du présent article et le présent IV sont applicables aux indications ne faisant pas l'objet de la fixation d'une compensation mentionnée au V du présent article. V.- Lorsque qu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications, et qu'une prise en charge de cette spécialité est autorisée en application du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée. La compensation ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2. Les ministres fixent également une compensation lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet d'une prise en charge en application du II de l'article L. 165-16-5-2. Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au présent V, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre la période et pour l'indication considérées, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent V, notamment les conditions de prise en charge. VI.- Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du II ou du V est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du médicament au sens de l'article L. 162-18 et, le cas

du médicament au sens de l'article L. 162-18 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du II, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. VI.- La prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.	échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II ou du V du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II ou du V du présent article, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du II ou du V, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. VII.- La prise en charge accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, octroyée sous les conditions du 1° du I de ce même article ou sous les conditions du 2° du I, est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.
	Article L. 162-16-5-1-1 nouveau
	I. – Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 ou dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur. Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge qu'avant la délivrance d'une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament considéré, ainsi que dans le cadre de la continuité de traitement mentionné à l'article L. 162-16-5-2. En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article ou de l'article L. 162-16-5-2, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché. II. – Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-16-5-2 actuel	Article L. 162-16-5-2 modifié
I. — Un médicament qui, préalablement à l'obtention de sa première autorisation de mise sur le marché, a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation	I. — Un médicament qui, ~~préalablement à l'obtention de sa première autorisation de mise sur le marché~~, a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation

prévue au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques pour une indication répondant à l'une des situations suivantes :

1° L'indication a fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation et est mentionnée soit dans l'autorisation de mise sur le marché, soit dans une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation par les autorités compétentes ;

2° L'indication n'a pas fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation, est mentionnée dans sa première autorisation de mise sur le marché et soit il n'existe pas d'alternative thérapeutique prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale identifiée par la Haute Autorité de santé, soit le patient est en échec de traitement ou présente une contre-indication aux alternatives thérapeutiques prises en charge identifiées.

Par dérogation au premier alinéa du présent I, lorsque le traitement a été initié au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation soit mentionnée au 1° du I du même article L. 5121-12 dans une indication non reprise dans l'autorisation de mise sur le marché, soit mentionnée au 2° du même I, la prise en charge du médicament est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.

II. — La prise en charge des indications mentionnées au 2° du I du présent article est autorisée sur avis conforme de la Haute Autorité de santé, saisie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

La saisine est transmise dans un délai de deux semaines à compter de l'avis du comité des médicaments à usage humain.

La Haute Autorité de santé mentionne, pour chaque indication concernée, les alternatives thérapeutiques prises en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-17-2-1 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Elle transmet son avis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'à l'agence et le rend public, au plus tard un mois après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché.

prévue au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique **et qui a fait l'objet d'une prise en charge en application l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code**, peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques pour ~~une indication répondant à l'une des situations suivantes :~~ **l'indication ayant fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation dès lors que cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour ce médicament.**

~~1° L'indication a fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation et est mentionnée soit dans l'autorisation de mise sur le marché, soit dans une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation par les autorités compétentes ;~~

~~2° L'indication n'a pas fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation, est mentionnée dans sa première autorisation de mise sur le marché et soit il n'existe pas d'alternative thérapeutique prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale identifiée par la Haute Autorité de santé, soit le patient est en échec de traitement ou présente une contre-indication aux alternatives thérapeutiques prises en charge identifiées.~~

~~Par dérogation au premier alinéa du présent I, lorsque le traitement a été initié au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation soit mentionnée au 1° du I du même article L. 5121-12 dans une indication non reprise dans l'autorisation de mise sur le marché, soit mentionnée au 2° du même I, la prise en charge du médicament est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.~~

Par dérogation au premier alinéa, la poursuite de la prise en charge d'un traitement, pour un patient donné, initié dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du I de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.

~~II. — La prise en charge des indications mentionnées au 2° du I du présent article est autorisée sur avis conforme de la Haute Autorité de santé, saisie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.~~

~~La saisine est transmise dans un délai de deux semaines à compter de l'avis du comité des médicaments à usage humain.~~

~~La Haute Autorité de santé mentionne, pour chaque indication concernée, les alternatives thérapeutiques prises en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-17-2-1 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Elle transmet son avis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'à l'agence et le rend public, au plus tard un mois après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché.~~

II. – Certaines spécialités pharmaceutiques n'ayant

III.- A.- Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne : 1° Une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ; 2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ; 3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée pour l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, ou le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes. B.-Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie : 1° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code ; 2° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés. Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. C.-Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les différentes conditions de délai relevant du présent III, le Comité économique des produits de santé peut	pas fait l'objet, pour une indication particulière, d'une autorisation temporaire d'utilisation mais disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication, peuvent être prises en charge temporairement par l'assurance maladie, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'Etat. III.- A.- Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I et au II du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne : 1° Une décision relative à l'inscription ou au refus d'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ; 2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ; 3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée pour l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le ~~marché~~ ou-marché pour les indications relevant du présent I, ou aucune demande d'inscription n'est déposée concomitamment à la demande de prise pour les indications relevant du présent II, ou, pour les indications relevant du présent I ou du présent II, le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes. B.-Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie : 1° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code ; 2° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés. Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. C.-Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les différentes conditions de délai relevant du présent III, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités

prononcer une pénalité financière selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. IV.-Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités prévus au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, pour chaque indication considérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article L. 5121-12 ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. V.-Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.	prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. D.-Le présent III est notamment applicable aux spécialités disposant ou ayant disposé d'une autorisation temporaire d'utilisation au titre du 1° ou au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et d'une prise en charge à ce titre. ~~IV.-Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités prévus au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, pour chaque indication considérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article L. 5121-12 ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.~~ IV. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 est applicable aux prises en charge au titre du présent article. V.-Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-16-5-3 actuel	Article L. 162-16-5-3 modifié
La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret. Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code.	La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 du présent code pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-1-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret. Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code.
	Article L. 162-16-5-4 nouveau
	I. - La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés : a) Pendant la durée de la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 ; b) et pendant une durée d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2. Ces dispositions ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an est ramené

	à 45 jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'article L. 162-17 du présent code et au titre de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, les conditions de prise en charge le cas échéant fixées par le Comité économique des produits de santé s'appliquent. Lorsque l'inscription est prononcée uniquement sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, le laboratoire permet l'achat de son produit pour les continuités de traitement à un tarif qui n'excède pas, le cas échéant après l'application de remises, le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-1. II. – En cas de manquement aux dispositions du présent I, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l'encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Le montant de cette pénalité peut être porté jusqu'à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement.
Article L. 162-17 actuel	Article L. 162-17 modifié
Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La demande d'inscription d'un médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. Les médicaments inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. La part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des remboursements afférents à ces médicaments est facturée à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18. L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs,	Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La demande d'inscription d'un médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. Les médicaments inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. La part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des remboursements afférents à ces médicaments est facturée à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18. L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs,

l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités. En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'Etat détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.	l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités. L'inscription peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge. En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'Etat détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.
	Article L. 162-17-1-2 nouveau
	La prise en charge des produits de santé et prestations éventuellement associées au titre de l'une des listes mentionnées au premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-17-2-1, à l'article L. 162-22-7, à l'article L. 162-23-6, à l'article L. 165-1, au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou au titre de l'article L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 ou L. 165-1-4 peut être subordonnée au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est prescrit et aux résultats ou effets de ces traitements. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les produits de santé et les informations concernés par ces dispositions. Ces informations sont transmises aux systèmes d'information prévus à l'article L. 161-28-1 du présent code et à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. Elles peuvent être transmises au service du contrôle médical dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Le non-respect de ces obligations peut donner lieu à une procédure de recouvrement d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 133-4.
Article L. 162-17-2-1 actuel	Article L. 162-17-2-1 modifié
Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, tout produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre de biens et de services remboursables lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement. La spécialité, le produit ou la prestation doit figurer dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé, après consultation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code. La prise en charge ou le remboursement sont	Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, tout produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre de biens et de services remboursables lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement. La spécialité, le produit ou la prestation doit figurer dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé, après consultation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code. La prise en charge ou le remboursement sont

décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et le protocole de suivi mentionné au même article L. 5121-12-1, l'arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer, notamment, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription du produit ou de la prestation sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Il peut également comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d'une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues. Les spécialités, produits ou prestations faisant l'objet de l'arrêté ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation. Ils doivent, le cas échéant, être inscrits explicitement dans le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code. L'arrêté précise le délai au terme duquel le médecin-conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'opportunité médicale du maintien de la prescription de la spécialité, du produit ou de la prestation. Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation bénéficie d'au moins une indication remboursable, le Comité économique des produits de santé fixe, en vue de sa prise en charge ou de son remboursement, un nouveau tarif ou un nouveau prix par convention avec l'entreprise ou, à défaut, par décision, selon les règles et critères d'appréciation applicables à l'indication ou aux indications déjà prises en charge. Lorsque la spécialité a fait l'objet d'une préparation, d'une division ou d'un changement de conditionnement ou d'un changement de présentation en vue de sa délivrance au détail, ce nouveau tarif ou ce nouveau prix tient également compte, au moins pour partie, du coût lié à cette opération et de la posologie indiquée dans la recommandation temporaire d'utilisation. Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation n'est inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, il est pris en charge ou remboursé dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Dans ce cas, ces mêmes ministres peuvent également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code. Si l'arrêté de prise en charge comporte une obligation pour le laboratoire ou le fabricant édictée en application du premier alinéa du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette obligation n'a pas été respectée, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du	décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale <i>après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie</i>. En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et le protocole de suivi mentionné au même article L. 5121-12-1, l'arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer, notamment, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription du produit ou de la prestation sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Il peut également comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d'une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues. Les spécialités, produits ou prestations faisant l'objet de l'arrêté ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation. Ils doivent, le cas échéant, être inscrits explicitement dans le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code. L'arrêté précise le délai au terme duquel le médecin-conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'opportunité médicale du maintien de la prescription de la spécialité, du produit ou de la prestation. Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation bénéficie d'au moins une indication remboursable, le Comité économique des produits de santé fixe, en vue de sa prise en charge ou de son remboursement, un nouveau tarif ou un nouveau prix par convention avec l'entreprise ou, à défaut, par décision, selon les règles et critères d'appréciation applicables à l'indication ou aux indications déjà prises en charge. Lorsque la spécialité a fait l'objet d'une préparation, d'une division ou d'un changement de conditionnement ou d'un changement de présentation en vue de sa délivrance au détail, ce nouveau tarif ou ce nouveau prix tient également compte, au moins pour partie, du coût lié à cette opération et de la posologie indiquée dans la recommandation temporaire d'utilisation. Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation n'est inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, il est pris en charge ou remboursé dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, <i>après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie</i>. Dans ce cas, ces mêmes ministres peuvent également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code. Si l'arrêté de prise en charge comporte une obligation pour le laboratoire ou le fabricant édictée en application du premier alinéa du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette obligation n'a pas été respectée, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou du fabricant. Le montant de la pénalité ne

laboratoire ou du fabricant. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année. La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent article, notamment la procédure de prise en charge dérogatoire prévue au premier alinéa ainsi que les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.	peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année. La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent article, notamment la procédure de prise en charge dérogatoire prévue au premier alinéa ainsi que les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.
	Article L. 162-17-2-2 nouveau
	Les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments homéopathiques titulaires de l'enregistrement prévu à l'article L. 5121-13 du code de la santé publique, ou de tout ou partie d'entre eux, sont définies par décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise notamment la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments, ou de tout ou partie d'entre eux, par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, ainsi que les conditions dans lesquelles ces médicaments homéopathiques, ou tout ou partie d'entre eux, peuvent, le cas échéant, être admis ou exclus de la prise en charge par l'assurance maladie.
Article L. 162-17-4 actuel	Article L. 162-17-4 modifié
En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 et au premier et deuxième alinéas l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment : 1° Le prix mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de	En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 et au premier et deuxième alinéas l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment : 1° Le prix mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de

mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ce prix, notamment en fonction des volumes de vente ; 2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ; 3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ; 4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en oeuvre des orientations ministérielles précitées ; 4° bis Les conditions et les modalités de mise en oeuvre des études pharmaco-épidémiologiques et des études médico-économiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments. 5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°. L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament. Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application de l'article L. 162-16-4. Lorsqu'un retrait de visa de publicité a été prononcé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet du retrait de visa de publicité durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait de visa. Son montant est fixé en fonction de la gravité de	mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ce prix, notamment en fonction des volumes de vente ; 2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ; 3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ; 4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en oeuvre des orientations ministérielles précitées ; 4° bis Les conditions et les modalités de mise en oeuvre des études pharmaco-épidémiologiques et des études médico-économiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments. 5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°. L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament. Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application de l'article L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18. Lorsqu'un retrait de visa de publicité a été prononcé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet du retrait de visa de publicité durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait de visa. Son montant est fixé en fonction de la gravité de

l'infraction sanctionnée par le retrait de visa de publicité et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent. En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. La pénalité, prononcée au titre d'un retrait de visa de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.	l'infraction sanctionnée par le retrait de visa de publicité et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent. En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. La pénalité, prononcée au titre d'un retrait de visa de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-18 actuel	Article L. 162-18 modifié
Les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France. Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet. Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret en matière commerciale et industrielle.	I.- Les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France. Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet. Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret en matière commerciale et industrielle. II. – Pour les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour

Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années. Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au premier alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du sixième alinéa du présent article. A défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.	l'une de leurs indications, sur les listes prévues au premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4 du présent code, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du quatrième alinéa de l'article L. 162-18. Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier. III.- Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. IV.- Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années. Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au premier alinéa I et au II du présent article, qui pourraient être dues au titre des—trois prochaines années de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du sixième deuxième alinéa du présent article IV. A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.
Article L. 162-22-7-3 actuel	Article L. 162-22-7-3 modifié
Les médicaments mentionnés aux articles L. 5121-12 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2 du présent code administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6.	Les médicaments qui bénéficient d'un dispositif de prise en charge mentionnés aux articles ~~L. 5121-12 du code de la santé publique~~ L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du présent code administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6, dans les conditions fixées par les articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.

	Article L. 165-1-4 nouveau
	I. – Certains produits et prestations pour lesquels, pour une indication particulière, une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 est demandée et est en cours d'instruction, peuvent faire l'objet d'une prise en charge temporaire par l'assurance maladie, décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 161-37 et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'Etat. Ce décret fixe également les situations dans lesquelles il peut être mis fin à la prise en charge temporaire. Seuls certains établissements de santé peuvent distribuer ce produit ou cette prestation en vue de sa prise en charge. Cette prise en charge peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à modifier les conditions de délivrance des produits concernés au titre leur éventuelle prise en charge au titre de l'article L. 165-1. Les ministres fixent la compensation accordée à l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application du présent I. II. – Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au I du présent article, l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en proratisant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée. III. – Lorsqu'un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du III est inscrit au remboursement au titre de l'article L. 165-1 et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du produit ou de la prestation au sens de l'article L. 165-4 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre du présent I, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du II, au titre

	des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. IV. – Les dispositions de l'article L. 162-16-5-4 sont applicables aux produits et prestations faisant l'objet de la prise en charge mentionnée au I du présent article.
Article L. 165-4 actuel	Article L. 165-4 modifié
I.-Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes, les dépenses remboursées par l'assurance maladie, le cas échéant par indication thérapeutique, les conditions réelles d'usage des produits ou prestations, les niveaux de recours au sein d'une catégorie de produits ou prestations comparables, ainsi que sur les autres critères prévus aux I et II de l'article L. 165-2. Ces critères peuvent être considérés pour un ensemble de produits ou prestations comparables même si la convention ne porte que sur certains de ces produits ou prestations. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20. II.-Le remboursement par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les fabricants ou distributeurs. Le cas échéant, une décision du Comité économique des produits de santé précise si ces remises sont dues par les fabricants ou par les distributeurs. Les remises peuvent concerner un produit ou une prestation ou, le cas échéant, un ensemble de produits ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte l'évolution globale des volumes de ventes pour cet ensemble de produits ou prestations. S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, les remises sont fixées par convention entre le fabricant ou le distributeur et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité. S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste par description générique ou description générique renforcée, les remises sont fixées par convention entre le comité et un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du comité. III.-Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux	I.-Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes, les dépenses remboursées par l'assurance maladie, le cas échéant par indication thérapeutique, les conditions réelles d'usage des produits ou prestations, les niveaux de recours au sein d'une catégorie de produits ou prestations comparables, ainsi que sur les autres critères prévus aux I et II de l'article L. 165-2. Ces critères peuvent être considérés pour un ensemble de produits ou prestations comparables même si la convention ne porte que sur certains de ces produits ou prestations. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20. II.-Le remboursement par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les fabricants ou distributeurs. Le cas échéant, une décision du Comité économique des produits de santé précise si ces remises sont dues par les fabricants ou par les distributeurs. Les remises peuvent concerner un produit ou une prestation ou, le cas échéant, un ensemble de produits ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte l'évolution globale des volumes de ventes pour cet ensemble de produits ou prestations. S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, les remises sont fixées par convention entre le fabricant ou le distributeur et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité. S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste par description générique ou description générique renforcée, les remises sont fixées par convention entre le comité et un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du comité. III.-Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux

constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année. IV. – Les conventions conclues au titre des produits ou prestations bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-4 n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour la prochaine année. Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque produit. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au premier alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre la prochaine année, du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du présent IV. A défaut de convention prévoyant des remises, le tarif de responsabilité tient lieu de prix net de référence. V.- Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 5121-12 actuel	Article L. 5121-12 modifié
I. — Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments destinés à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée et que l'une des conditions suivantes est remplie : 1° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché qui a été déposée ou que l'entreprise intéressée s'engage à déposer dans un délai déterminé ; 2° Ces médicaments, le cas échéant importés, sont prescrits, sous la responsabilité d'un médecin, à un patient nommément désigné et ne pouvant participer à une recherche biomédicale dès lors qu'ils sont susceptibles de présenter un bénéfice pour lui et que leur efficacité et leur sécurité sont présumées en l'état des connaissances scientifiques. Le médecin prescripteur doit justifier que le patient, son représentant légal ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6 a reçu une information adaptée à sa situation sur l'absence d'alternative thérapeutique, les risques courus, les contraintes et le bénéfice susceptible d'être apporté par le médicament. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. II. — L'utilisation des médicaments mentionnés au I est autorisée, pour une durée limitée, éventuellement renouvelable par l'Aqence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, à la demande du titulaire des droits d'exploitation du médicament dans le cas prévu au 1° du I ou à la demande du médecin prescripteur dans le cas prévu au 2° du même I.	I. — Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée et que l'une des conditions suivantes est remplie : 1° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché qui a été déposée ou que l'entreprise intéressée s'engage à déposer dans un délai déterminé ; 2° Ces médicaments, le cas échéant importés, sont prescrits, sous la responsabilité d'un médecin, à un patient nommément désigné et ne pouvant participer à une recherche biomédicale dès lors qu'ils sont susceptibles de présenter un bénéfice pour lui et que leur efficacité et leur sécurité sont présumées en l'état des connaissances scientifiques. Le médecin prescripteur doit justifier que le patient, son représentant légal ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6 a reçu une information adaptée à sa situation sur l'absence d'alternative thérapeutique, les risques courus, les contraintes et le bénéfice susceptible d'être apporté par le médicament. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. II. — L'utilisation des médicaments mentionnés au I est autorisée, pour une durée limitée, éventuellement renouvelable par l'Aqence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, à la demande du titulaire des droits d'exploitation du médicament dans le cas prévu au 1° du I ou à la demande du médecin

III. — Une demande au titre du 2° du I n'est recevable que si l'une des conditions suivantes est remplie : 1° Le médicament a fait l'objet d'une demande au titre du 1° du même I ; 2° Le médicament a fait l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ou d'une demande d'autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ; 3° Des essais cliniques sont conduits en France ou une demande d'essai clinique a été déposée ; 4° Le titulaire des droits d'exploitation s'engage à déposer, dans un délai déterminé par l'agence, une des demandes mentionnées aux 1° et 2° du présent III. En cas de rejet de l'une de ces demandes, l'autorisation mentionnée au 2° du I accordée sur son fondement est retirée pour les indications thérapeutiques sollicitées dans la demande. IV. — Par dérogation aux dispositions du III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée dans l'un des cas suivants : 1° Lorsque, en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour le patient sont très fortement probables ; 2° Lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament avant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée ; 3° Si, dans l'indication thérapeutique sollicitée, le titulaire des droits d'exploitation du médicament s'est vu refuser une demande pour un médicament mentionné au 1° du I ou si une demande d'autorisation d'essai clinique mentionnée au III a été refusée, sous condition d'une information du patient et du praticien sur les motifs du refus de la demande et sous réserve d'un bénéfice individuel pour le patient. V. — Sauf si elle est accordée conformément au IV, l'autorisation est subordonnée à la conclusion, entre l'agence et le titulaire des droits d'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations concernant l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Ce recueil d'informations concerne notamment les personnes appartenant à des populations non ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché. Pour les médicaments autorisés au titre du même IV, les prescripteurs transmettent à l'agence, à l'expiration de l'autorisation et, le cas échéant, à l'occasion de chaque renouvellement, des données de suivi des patients	prescripteur dans le cas prévu au 2° du même I. III. — Une demande au titre du 2° du I n'est recevable que si l'une des conditions suivantes est remplie : 1° Le médicament a fait l'objet d'une demande au titre du 1° du même I ; 2° Le médicament a fait l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ou d'une demande d'autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ; 3° Des essais cliniques sont conduits en France ou une demande d'essai clinique a été déposée ; 4° Le titulaire des droits d'exploitation s'engage à déposer, dans un délai déterminé par l'agence, une des demandes mentionnées aux 1° et 2° du présent III. En cas de rejet de l'une de ces demandes, l'autorisation mentionnée au 2° du I accordée sur son fondement est retirée pour les indications thérapeutiques sollicitées dans la demande. IV. — Par dérogation aux dispositions du III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée dans l'un des cas suivants : 1° Lorsque, en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour le patient sont très fortement probables ; 2° Lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament avant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée ; 3° Si, dans l'indication thérapeutique sollicitée, le titulaire des droits d'exploitation du médicament s'est vu refuser une demande pour un médicament mentionné au 1° du I ou si une demande d'autorisation d'essai clinique mentionnée au III a été refusée, sous condition d'une information du patient et du praticien sur les motifs du refus de la demande et sous réserve d'un bénéfice individuel pour le patient. V. — Sauf si elle est accordée conformément au IV, l'autorisation est subordonnée à la conclusion, entre l'agence et le titulaire des droits d'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations concernant l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Ce recueil d'informations concerne notamment les personnes appartenant à des populations non ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché. Pour les médicaments autorisés au titre du même IV, les prescripteurs transmettent à l'agence, à l'expiration de l'autorisation et, le cas échéant, à l'occasion de chaque

traités. La nature de ces données est précisée par l'autorisation.

Ces autorisations peuvent également être subordonnées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à la mise en place d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations.

VI. — L'autorisation mentionnée au II peut être suspendue ou retirée si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique.

renouvellement, des données de suivi des patients traités. La nature de ces données est précisée par l'autorisation.

Ces autorisations peuvent également être subordonnées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à la mise en place d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations.

VI. — L'autorisation mentionnée au II peut être suspendue ou retirée si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique.

Article 43 - Favoriser le recours aux médicaments génériques et biosimilaires

I. Présentation de la mesure

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

Un meilleur recours aux médicaments génériques pourrait être favorisé en incitant davantage à la délivrance de ce médicament, plutôt qu'au médicament princeps correspondant. En 2017, le taux de substitution, qui représente la fréquence de délivrance du médicament générique par rapport à celle du médicament princeps correspondant au sein du répertoire des génériques, s'établissait en effet à 80 %. S'il a progressé ces dernières années (il s'établissait à 68 % en 2010), il reste encore d'importantes marges d'amélioration pour atteindre un taux cible proche de 100 % (la différence correspondant à des situations médicalement justifiées).

Deux freins principaux à l'augmentation de ce taux de substitution sont identifiés. Pour partie, ils concernent un refus du médicament générique par les patients, malgré le dispositif incitatif « tiers payant contre générique ». Dans les autres cas, c'est l'apposition de la mention « non substituable » par le prescripteur sur l'ordonnance qui empêche cette substitution par le pharmacien. Alors que les médicaments génériques sont présents sur le marché depuis plusieurs dizaines d'années, on observe très récemment une augmentation du taux d'ordonnance comportant une telle mention, sans qu'aucun élément scientifique ou épidémiologique ne permette de l'expliquer.

Outre ces difficultés rencontrées pour l'ensemble des médicaments génériques, les possibilités de substitution apparaissent dans certains cas précis plus restrictives que nécessaires. Pour les médicaments inhalés par exemple, la loi restreint actuellement leur substitution à la seule initiation de traitement. 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.

Les médicaments hybrides, médicaments génériques particuliers dont l'autorisation repose en partie sur les résultats d'essais cliniques du médicament de référence et en partie sur de nouvelles données, présentent généralement un avantage pour les patients, en apportant une variation utile par rapport au médicament de référence : une nouvelle forme galénique, présentant une facilité d'emploi pour certains patients ou encore un nouveau conditionnement plus adapté à certaines situations d'utilisation. Ces médicaments, souvent peu connus des prescripteurs compte tenu de leur équivalence avec le médicament d'origine, ne sont dès lors que peu utilisés. Leur équivalence thérapeutique avec le médicament d'origine permettrait toutefois d'envisager un rôle plus important laissé au pharmacien pour juger de la pertinence de leur utilisation.

De manière équivalente à ce qui a été fait pour les médicaments génériques, de nombreuses actions ont été mises en œuvre ces dernières années pour favoriser le développement des médicaments biologiques similaires (biosimilaires). Ces actions ont avant tout cherché à renforcer l'information de l'ensemble des acteurs sur ces médicaments : mise à jour de l'état des lieux relatifs aux médicaments biosimilaires par l'ANSM en 2016, publication d'une fiche de bon usage par la Haute Autorité de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie, diffusion d'une note d'information relative aux conditions de prescription et de dispensation de ces médicaments, mise en œuvre de plans régionaux de développement des médicaments biosimilaires. D'autres actions ont également cherché à mieux sensibiliser les prescripteurs à leur recours : création d'une rémunération sur objectif de santé publique relative à l'usage d'un médicament biosimilaire au sein de la classe des insulines glargines dans le cadre de la renégociation de la convention médicale en 2016, création d'un intéressement pour l'ensemble des établissements de santé ayant signé un CAQES sur les prescriptions exécutées en ville dès lors que cette prescription concerne une classe de médicaments pour laquelle il existe un biosimilaire récemment arrivé sur le marché, mise en œuvre d'une expérimentation au titre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 relative à la prescription de médicaments biosimilaires. Alors que les tensions sur les dépenses de produits de santé sont de plus en plus importantes, et que les taux de pénétration des biosimilaires les plus récents en France sont inférieurs à ceux qui peuvent être observés au sein d'autres pays européens comparables, il convient de poursuivre l'effort en faveur du développement de ces médicaments.

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

a) Mesure proposée

(1) S'agissant des médicaments génériques

Le taux de substitution des médicaments génériques peut progresser substantiellement en agissant conjointement sur l'incitation à la substitution par le pharmacien et l'encadrement du recours à la mention « non substituable » par le prescripteur lorsqu'elle n'est pas médicalement justifiée. Tout en continuant à reconnaître la possibilité de ne pas permettre la substitution dans les rares cas où cela est médicalement justifié, la mesure vise à :

- préciser les cas où la mention « non substituable » est autorisée et demander une justification de cette mention dans chaque cas : pour mieux définir les situations où le recours à cette mention est absolument nécessaire,

une liste positive des situations dans lesquelles cette mention est acceptable sera établie par arrêté, après avis de l'ANSM. Il sera par ailleurs demandé à chaque médecin de justifier sur son ordonnance la raison de l'apposition de la mention « non substituable », en cohérence avec les situations précisées dans l'arrêté. Pour faciliter cette opération, le médecin pourra recourir à son logiciel d'aide à la prescription pour l'inscription de cette mention, ainsi que de sa justification (en remplacement de l'obligation manuscrite existante actuellement).

- *rembourser le médicament princeps sur la base du prix du médicament générique* : sauf dans le cas où l'absence de substitution est médicalement justifiée (attesté par la mention « non substituable » employée dans les situations listées et justifiée sur l'ordonnance), la mesure conduit à laisser à la charge de l'assuré la différence entre le prix du médicament princeps qu'il souhaite conserver et le médicament générique qu'il refuse. En effet, la stricte équivalence thérapeutique entre ces deux médicaments ne justifie pas que la sécurité sociale continue à supporter un coût plus élevé sans aucun bénéfice supplémentaire pour les patients. La mesure prévoit en outre l'obligation pour le pharmacien de proposer au patient un médicament générique, qui sera pris en charge dans les conditions usuelles, ce qui permet dès lors une information complète du patient et la possibilité pour ce dernier de disposer d'un médicament sans reste à charge particulier.

En parallèle, il est proposé d'agir en faveur de l'augmentation du taux de prescription au sein du répertoire des génériques, en élargissant à compter du 1^{er} janvier 2020 le champ de la substitution par le pharmacien pour les médicaments hybrides. Les conditions de substitution de droit commun seraient appliquées à ces médicaments.

La mesure crée enfin à compter du 1^{er} janvier 2020 un *registre des médicaments hybrides*, qui est le pendant du répertoire des médicaments génériques. Pour les médicaments hybrides, la substitution par le pharmacien pourra être permise, dans des conditions toutefois plus restrictives que pour le répertoire des médicaments génériques. Les conditions précises de substitution dépendront de chaque couple « médicament princeps / médicament hybride » et seront fixées après avis de l'ANSM : il pourra notamment être demandé au pharmacien de mener une action d'éducation thérapeutique du patient à l'usage d'un nouveau médicament (ou dispositif médical) ou de suivre un protocole de substitution précis détaillant les situations médicales dans lesquelles la substitution est autorisée.

(2) S'agissant de l'incitation à la prescription efficiente de produits de santé provenant des établissements de santé

La mesure crée par ailleurs la possibilité, pour la prescription de produits de santé, d'inciter directement les établissements de santé du secteur MCO à une meilleure efficience sur ce champ. Comme pour les prescripteurs de ville, les établissements de santé pourront être incités directement à une plus juste prescription. A 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. Ces incitations pourront être mises en œuvre en prenant en compte les prescriptions effectuées à compter de l'année 2018.

b) Autres options possibles

Afin d'augmenter le taux de substitution des médicaments génériques, il aurait pu être envisagé de faire évoluer les dispositions législatives afin d'étendre la mesure « tiers payant contre générique » à toutes les situations, y compris en cas de mention « non substituable ». Il se serait ainsi agi de limiter le recours à la mention « non substituable » du fait de demandes insistantes de certains patients auprès de leur médecin. Cette mesure n'a toutefois pas été privilégiée puisqu'elle ne permet pas de résoudre les situations de dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie liées au simple refus par le patient du médicament générique (en l'absence de la mention « non substituable » justifiée).

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

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure sera codifiée puisqu'elle implique une modification de plusieurs articles du code de la santé publique (L. 5121-1, L. 5121-10, L. 5125-23 et L. 5125-23-2) et du code de la sécurité sociale (L. 162-16, L. 162-16-7 et création des articles L. 162-22-7-4 et L. 162-22-7-5).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L. 5125-23-4 du code de la santé publique est abrogé.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'augmentation d'un point du taux de substitution au sein du répertoire représente une économie théorique moyenne pour l'assurance maladie obligatoire d'environ 17 M€. Sous le double effet d'une augmentation d'environ 10 points du taux de substitution en deux ans, et de la renégociation de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pharmaciens, une économie d'au moins 80 M€ est attendue de l'élargissement de l'incitation à la substitution (remboursement sur la base du prix du médicament princeps hors cas médicalement justifié et application plus large du mécanisme « tiers payant contre générique » par les pharmaciens) et du meilleur encadrement du recours à la mention non substituable.

A compter du 1^{er} janvier 2020, une économie minimale de 100 M€ est par ailleurs attendue grâce à la possibilité de substituer, dans des conditions bien définies, des médicaments de référence par des médicaments hybrides, suite également à une révision de prix de ces médicaments hybrides.

L'incitation à la juste prescription des produits de santé par les établissements de santé est, à court terme, de nature à engendrer une économie de 40 M€ en favorisant le développement des médicaments biosimilaires, qui contribueront à la réalisation des économies liées à la structure de la prescription.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P	2020	2021	2022
		+ 50	+ 180	+ 220	

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

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

a) impacts économiques

La mesure peut avoir un impact économique positif pour les laboratoires commercialisant les médicaments génériques, hybrides ou biosimilaires, du fait de l'anticipation d'un recours accru à ces médicaments. Elle peut avoir un impact négatif pour les laboratoires commercialisant les médicaments de référence.

b) impacts sociaux

La mesure peut avoir un impact sur les patients qui ne souhaiteraient pas avoir recours à un médicament générique sans que cela ne soit médicalement justifié, en laissant à leur charge une partie de l'acquisition du médicament princeps correspondant.

• Impact sur les jeunes

Cette mesure est sans impact spécifique sur les jeunes.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Cette mesure ne présente pas d'impact particulier sur les personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

Il n'est pas attendu d'impact sur l'environnement.

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

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

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

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

Cette mesure ne présente pas d'impact particulier sur les assurés, s'agissant des démarches ou formalités administratives.

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

Cette mesure nécessitera une adaptation du système d'information des caisses d'assurance maladie, pour intégrer les nouvelles conditions de prise en charge des médicaments du répertoire des génériques.

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

Cette mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens existants.

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

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

Arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale, précisant les situations dans lesquelles le recours à la mention « non substituable » est médicalement justifié et toilettage de certaines mesures réglementaires.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information des assurés relative aux nouvelles modalités de prise en charge des médicaments génériques et de leur princeps sera effectuée à travers le réseau officinal.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi du respect de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 5121-1 actuel du code de la santé publique	Article L. 5121-1 modifié du code de santé publique
On entend par : 1° Préparation magistrale, tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, soit extemporanément en pharmacie, soit dans les conditions prévues à l'article L. 5125-1 ou à l'article L. 5126-6 ; 2° Préparation hospitalière, tout médicament, à l'exception des produits de thérapies génique ou cellulaire, préparé selon les indications de la pharmacopée et en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, ou par l'établissement pharmaceutique de cet établissement de santé autorisé en application de l'article L. 5124-9 ou dans les conditions prévues à l'article L. 5126-6. Les préparations hospitalières sont dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients par une pharmacie à usage intérieur dudit établissement. Elles font l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé ; 3° Préparation officinale, tout médicament préparé en pharmacie, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie ; 4° (Abrogé) ; 5° a) Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. Une spécialité ne peut être qualifiée de spécialité de référence que si son autorisation de mise sur le marché a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation. Pour l'application du présent alinéa, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont	On entend par : 1° Préparation magistrale, tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, soit extemporanément en pharmacie, soit dans les conditions prévues à l'article L. 5125-1 ou à l'article L. 5126-6 ; 2° Préparation hospitalière, tout médicament, à l'exception des produits de thérapies génique ou cellulaire, préparé selon les indications de la pharmacopée et en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, ou par l'établissement pharmaceutique de cet établissement de santé autorisé en application de l'article L. 5124-9 ou dans les conditions prévues à l'article L. 5126-6. Les préparations hospitalières sont dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients par une pharmacie à usage intérieur dudit établissement. Elles font l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé ; 3° Préparation officinale, tout médicament préparé en pharmacie, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie ; 4° (Abrogé) ; 5° a) Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. Une spécialité ne peut être qualifiée de spécialité de référence que si son autorisation de mise sur le marché a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et

considérées comme une même forme pharmaceutique. De même, les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont regardés comme ayant la même composition qualitative en principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la sécurité et de l'efficacité des différents sels, esters ou dérivés d'une substance active autorisée doivent être données par le demandeur de l'autorisation de mise sur le marché ;

b) Groupe générique, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont génériques. Toutefois, une spécialité remplissant les conditions pour être une spécialité de référence, qui présente la même composition qualitative en substance active, la même composition quantitative en substance active ou, à défaut, une fraction thérapeutique active identique dans les limites prévues à l'annexe I de la directive 2001/83/ CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, et la même forme pharmaceutique qu'une spécialité de référence d'un groupe générique déjà existant, et dont la bioéquivalence avec cette spécialité est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées, peut aussi figurer dans ce groupe générique, à condition que ces deux spécialités soient considérées comme relevant d'une même autorisation de mise sur le marché globale, définie par voie réglementaire et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont les caractéristiques en termes de sécurité et d'efficacité sont équivalentes. Pour l'application du présent b, sont inscrites au répertoire des groupes génériques les spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence appartiennent à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ;

Pour l'application du présent b, peuvent être inscrits au répertoire des spécialités génériques les médicaments à base de plantes définis au 16° du présent article, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article L. 5121-14-1, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance active végétale, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente. Les médicaments à base de plantes sont considérés comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active végétale :

- est conforme à la description des monographies communautaires élaborées par l'Agence européenne des médicaments, définies par la directive 2001/83/CE du Parlement et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ; et
- n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables.

Pour l'application du présent b, peuvent être inscrites au

suffisantes à elles seules pour son évaluation. Pour l'application du présent alinéa, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique. De même, les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont regardés comme ayant la même composition qualitative en principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la sécurité et de l'efficacité des différents sels, esters ou dérivés d'une substance active autorisée doivent être données par le demandeur de l'autorisation de mise sur le marché ;

b) Groupe générique, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont génériques. Toutefois, une spécialité remplissant les conditions pour être une spécialité de référence, qui présente la même composition qualitative en substance active, la même composition quantitative en substance active ou, à défaut, une fraction thérapeutique active identique dans les limites prévues à l'annexe I de la directive 2001/83/ CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, et la même forme pharmaceutique qu'une spécialité de référence d'un groupe générique déjà existant, et dont la bioéquivalence avec cette spécialité est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées, peut aussi figurer dans ce groupe générique, à condition que ces deux spécialités soient considérées comme relevant d'une même autorisation de mise sur le marché globale, définie par voie réglementaire et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont les caractéristiques en termes de sécurité et d'efficacité sont équivalentes. Pour l'application du présent b, sont inscrites au répertoire des groupes génériques les spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence appartiennent à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ;

Pour l'application du présent b, peuvent être inscrits au répertoire des spécialités génériques les médicaments à base de plantes définis au 16° du présent article, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article L. 5121-14-1, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance active végétale, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente. Les médicaments à base de plantes sont considérés comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active végétale :

- est conforme à la description des monographies communautaires élaborées par l'Agence européenne des médicaments, définies par la directive 2001/83/CE du Parlement et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ; et
- n'est pas susceptible d'entraîner des différences

répertoire des spécialités génériques les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence. Les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales sont considérées comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active minérale répond aux spécifications des monographies de la pharmacopée, lorsqu'elles existent, et qu'elle n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables ; [...]	significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables. Pour l'application du présent b, peuvent être inscrites au répertoire des spécialités génériques les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence. Les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales sont considérées comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active minérale répond aux spécifications des monographies de la pharmacopée, lorsqu'elles existent, et qu'elle n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables ; c) Spécialité hybride d'une spécialité de référence, une spécialité qui ne répond pas à la définition d'une spécialité générique parce qu'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, ou lorsque la bioéquivalence par rapport à cette spécialité de référence n'a pu être démontrée par des études de biodisponibilité. L'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité hybride repose au moins pour partie sur les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés déterminés en fonction de ces différences ; d) Groupe hybride, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides ; [...]
Article L. 5121-10 actuel du code de la santé	Article L. 5121-10 modifié du code de santé
Pour une spécialité générique définie au 5° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Le demandeur de cette autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de la demande. Lorsque l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. Le directeur général de l'agence procède à l'inscription de la spécialité générique dans le répertoire des groupes génériques au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché de celle-ci le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle, sauf accord du titulaire de ces droits. Préalablement à cette commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité générique informe le directeur général de l'agence des indications, formes pharmaceutiques et dosages de la	Pour une spécialité générique ou hybride définie au 5° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Le demandeur de cette autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de la demande. Lorsque l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique ou hybride, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. Le directeur général de l'agence procède à l'inscription de la spécialité générique dans le répertoire des groupes génériques au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché de celle-ci le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle, sauf accord du titulaire de ces droits. Préalablement à cette commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité générique informe le directeur général de l'agence des

spécialité de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré. Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé tient disponible au public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à une spécialité de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de cette spécialité la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies.	indications, formes pharmaceutiques et dosages de la spécialité de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré. Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé tient disponible au public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à une spécialité de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de cette spécialité la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies. Pour les spécialités hybrides, il est créé un registre des groupes hybrides comportant les groupes dans lesquels sont regroupés une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides. Sont fixées par décret en Conseil d'Etat les conditions d'élaboration de ce registre, et notamment les modalités d'inscription des spécialités dans les groupes hybrides correspondants ou de radiation des spécialités de ces groupes par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des classes de médicaments pouvant faire l'objet de groupes inscrits sur ce registre.
Article L. 5125-23 actuel du code de la santé	Article L. 5125-23 modifié du code de santé
Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient. Si la prescription libellée en dénomination commune peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1, le pharmacien délivre une spécialité appartenant à ce groupe dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale. Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite, et sous réserve, en ce qui concerne les spécialités figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, que cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.	I. - Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient. II. - Si la prescription libellée en dénomination commune peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1, le pharmacien délivre une spécialité appartenant à ce groupe dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale. ~~Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite, et sous réserve, en ce qui concerne les spécialités figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, que cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.~~ Par dérogation aux dispositions du I, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique ou du même groupe hybride, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé précise les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée, notamment sur l'ordonnance ainsi

Lorsque le pharmacien délivre par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique, il doit inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivrée. Il en est de même lorsque le pharmacien délivre une spécialité au vu d'une prescription libellée en dénomination commune. La prescription libellée en dénomination commune est obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1. Lorsqu'un traitement est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris au moyen du renouvellement multiple d'un traitement mensuel, et qu'un grand conditionnement est disponible pour le médicament concerné ou pour sa forme générique, le pharmacien doit délivrer ledit conditionnement.	que le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le prescripteur. Pour les spécialités figurant sur l'une des listes mentionnée aux premiers et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les situations médicales dans lesquelles la substitution peut être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe hybride. III. - Lorsque le pharmacien délivre par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique ou du même groupe hybride, il doit inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivrée. Il en est de même lorsque le pharmacien délivre une spécialité au vu d'une prescription libellée en dénomination commune. La prescription libellée en dénomination commune est obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1. IV. - Lorsqu'un traitement est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris au moyen du renouvellement multiple d'un traitement mensuel, et qu'un grand conditionnement est disponible pour le médicament concerné ou pour sa forme générique, le pharmacien doit délivrer ledit conditionnement.
Article L. 5125-23-2 actuel du code de la santé	Article L. 5125-23-2 modifié du code de santé
Dans le cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, il porte sur la prescription la mention expresse "en initiation de traitement". Le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite. Dans le cas où il initie un traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire.	Dans le cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique ~~ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif~~, il porte sur la prescription la mention expresse "en initiation de traitement". Le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite. Dans le cas où il initie un traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire.
Article L. 5125-23-4 actuel du code de la santé	Article L. 5125-23-4 abrogé du code de la santé
Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif prescrit, un médicament administré par voie inhalée lorsque les conditions suivantes sont remplies : 1° Le médicament administré par voie inhalée délivré appartient au même groupe générique, défini au b du 5° de l'article L. 5121-1 ; 2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament administré par voie inhalée ; 3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette	(abrogé)

substitution ; 4° Le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ; cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code. Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament administré par voie inhalée prescrit un médicament administré par voie inhalée du même groupe, il inscrit le nom de la spécialité qu'il a délivrée sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution. Le pharmacien assure la dispensation de ce même médicament administré par voie inhalée lors du renouvellement de la prescription ou d'une nouvelle ordonnance de poursuite de traitement. Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de substitution du médicament administré par voie inhalée et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec la même spécialité, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.	
Article L. 162-16 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-16 modifié du code de la sécurité sociale
Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 5123-1 du code de la santé publique. Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité décidé par le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés, qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité. Les dispositions du cinquième alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire. Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.	I. - Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 5123-1 du code de la santé publique. II. - Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité décidé par le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés, qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité. Les dispositions du <u>cinquième alinéa III</u> du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire. <i>Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.</i> III. - La base de remboursement des frais exposés par l'assuré de la spécialité délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application des dispositions du 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné, lorsque le pharmacien délivre une spécialité : a) sur présentation d'une prescription libellée en

	dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1, b) ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride. Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le plus économique pour l'assurance maladie. Le pharmacien propose au patient, le cas échéant 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 générique ou hybride concerné. Pour l'application du présent III, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées au premier et au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 sont prises en compte. IV. – Les dispositions du présent III, à l'exception de son avant-dernier alinéa, ne sont pas applicables lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément aux dispositions du deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, ou lorsque la délivrance par substitution d'une spécialité hybride n'est pas admise en application du dernier alinéa du II du même article L. 5125-23. V. - Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application ~~du troisième alinéa de l'article L. 5125-23~~, de l'article L. 5125-23-3 ~~ou de l'article L. 5125-23-4~~ du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance ~~de la spécialité générique ou~~ du médicament biologique similaire le plus cher du même groupe. VI. - En cas d'inobservation des dispositions des ~~cinquième et sixième alinéas III et V~~, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux ~~cinquième et sixième alinéas III et V~~, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la ~~sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget~~ sécurité sociale et de la santé. Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale. Les médicaments dispensés par un pharmacien en application de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement initialement prescrite. Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités

remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code.	par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code.
Article L. 162-16-7 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-16-7 modifié du code de la sécurité sociale
Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code. Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa. La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du présent code, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique. L'accord national mentionné au premier alinéa peut décider de maintenir la dispense d'avance de frais dans les zones géographiques pour lesquelles les niveaux de substitution sont supérieurs aux objectifs fixés par cet accord. La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels mentionnés au premier alinéa.	Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code. Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa. La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du présent code, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, ~~y compris~~ dans les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique. ~~L'accord national mentionné au premier alinéa peut décider de maintenir la dispense d'avance de frais dans les zones géographiques pour lesquelles les niveaux de substitution sont supérieurs aux objectifs fixés par cet accord. La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels mentionnés au premier alinéa.~~
	Article L. 162-22-7-4 nouveau du code de la

	sécurité sociale
	Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 peuvent bénéficier d'une dotation du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficience 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 dresse la liste des indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficience des prescriptions et précise, pour chaque indicateur, les modalités de calcul du montant de la dotation par établissement.

Article 44 – Ajustement exceptionnel de la revalorisation des prestations sociales

I. Présentation de la mesure

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

Les modalités de revalorisation des prestations sociales sont aujourd'hui uniformes. Le Gouvernement propose de revenir sur le principe d'une augmentation indifférenciée des aides sociales en affichant des priorités claires pour les deux années à venir en faveur de certains dispositifs (minimum vieillesse, prime d'activité, AAH) .

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

a) Mesure proposée

Il est proposé, au titre de 2019 et 2020, de revaloriser de 0,3 % l'ensemble des prestations sociales, y compris celles servies par les régimes spéciaux, dont les modalités de revalorisation annuelle sont fondées sur l'inflation au titre de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale.

Sont notamment concernés :

- L'ensemble des pensions de retraite de droit propre et de droit dérivé des régimes de base (y compris les régimes dits intégrés) et du régime complémentaire des indépendants, ainsi que leurs majorations (minimum contributif et minimum de réversion) ;
- L'ensemble des montants des prestations familiales ;
- Les prestations AT-MP (rentes, indemnités en capital, prestation complémentaire pour recours à tierce personne et majoration pour tierce personne) ainsi que le salaire minimum des rentes, les pensions d'invalidité, la majoration pour tierce personne.

Il convient de préciser que cette mesure n'affecte pas les paramètres de calcul de retraites tels que les cotisations et salaires pris en compte dans le calcul des pensions lors de leur liquidation (salaires portés au compte).

Afin de préserver le pouvoir d'achat des plus modestes, la mesure ne s'appliquera pas aux minima sociaux, et notamment au revenu de solidarité active, à l'allocation de veuvage, à l'allocation supplémentaire d'invalidité, au revenu de solidarité Outre-mer, à l'allocation temporaire d'attente, à l'allocation de solidarité spécifique et à l'allocation pour demandeur d'asile.

Le minimum vieillesse (ASPA et 2^e étage des anciennes allocations) bénéficiera en outre, conformément aux engagements du Gouvernement en faveur des retraités les plus modestes, d'une revalorisation exceptionnelle portant son montant pour une personne seule à 903,20 € au 1^{er} janvier 2020. De même, l'allocation adulte handicapé (AAH) à taux plein bénéficiera d'une revalorisation exceptionnelle pour atteindre 900 € au 1^{er} novembre 2019.

La prime d'activité, l'allocation aux adultes handicapés, l'allocation de solidarité spécifique et les aides personnelles au logement font l'objet d'une disposition spécifique en projet de loi de finances.

b) Autres options possibles

Une alternative aurait consisté à ne pas revaloriser les prestations sociales, ce qui aurait amplifié l'impact de la mesure sur la situation des assurés concernés.

Il aurait également été possible de revenir sur la revalorisation exceptionnelle du minimum vieillesse et de lui appliquer la revalorisation de 0,3 %, comme les autres prestations sociales. Toutefois, cette option, qui aurait impliqué de revenir sur l'engagement du Président de la République, n'a pas été retenue.

Enfin, une dernière option aurait été de modifier les paramètres de calcul des retraites, ce qui n'aurait pas été cohérent avec le projet de réforme systémique des retraites qui sera présenté au Parlement en 2019 et qui a vocation à réinterroger l'ensemble des paramètres du système de retraites.

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

Cette mesure a un impact significatif sur les dépenses des régimes obligatoires de base. Elle relève donc du champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 2^e du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure n'a pas vocation à être codifiée car elle ne s'applique qu'en 2019 et 2020.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

Départements d'Ostre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	OUI
Mayotte	OUI
Collectivités d'Ostre mer	
Saint Martin et Saint Barthélemy	OUI
Saint Pierre et Miquelon	OUI
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	NON

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Champ	Impact financier en droits constatés (en Md €)				
		Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
		Coût ou moindre recette (signe -)				
		2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Ensemble des prestations	Total		3,2	6,1	6,4	6,4
	Etat		0,8	1,5	1,5	1,5
	ASSO (ROBSS)		2,4	4,6	4,9	4,9
Dont prestations revalorisées en janvier	Total		2,8	5,3	5,4	5,4
	Etat		0,8	1,5	1,5	1,5
	ASSO (ROBSS)		2,0	3,8	3,9	3,9
Prestations d'invalidité (Fonction publique et régimes équilibrés par l'Etat)	Etat		0,00	0,01	0,01	0,01
Rentes AT-MP (Fonction publique et régimes équilibrés par l'Etat)	Etat		0,01	0,01	0,01	0,01
Pensions de retraite	Total		2,8	5,2	5,4	5,4
	ASSO (ROBSS)		2,0	3,8	3,9	3,9
	Etat		0,8	1,4	1,5	1,5
Dont prestations revalorisées en avril	ASSO (ROBSS)		0,4	0,8	0,9	0,9
Prestations familiales	ASSO (ROBSS)		0,2	0,6	0,7	0,7
Allocations familiales			0,1	0,3	0,3	0,3
Complément familial et allocation de soutien familial			0,04	0,1	0,1	0,1
Prestation d'accueil du jeune enfant			0,1	0,2	0,2	0,2
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé			0,01	0,02	0,03	0,03
Allocation de rentrée scolaire			0,01	0,03	0,05	0,05
Prestations d'invalidité	ASSO (ROBSS)		0,1	0,2	0,2	0,2
Rentes AT-MP	ASSO (ROBSS)		0,05	0,1	0,1	0,1

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

Hypothèses macro du 04/09/18

Champ : hors APL, PA, AAH, la ligne Etat couvre les impacts de la mesure sur les pensions de retraite, d'invalidité et les rentes AT versées par l'Etat ou par des régimes équilibrés par l'Etat

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

a) impacts économiques

Compte tenu de son effet individuel faible, cette mesure aura un impact limité sur l'activité économique.

b) impacts sociaux

Compte tenu du faible effet de la mesure sur le montant des prestations concernées, cette mesure aura un impact limité sur leurs bénéficiaires. Par ailleurs, le champ de la mesure, qui inclut l'ensemble des prestations sociales hormis les minima sociaux, conduit à répartir également l'effort de redressement des finances publiques et à préserver la situation des personnes disposant des ressources les plus modestes.

• Impact sur les jeunes

Cette mesure impactera dans les mêmes proportions l'ensemble des assurés bénéficiant des prestations sociales concernées, quel que soit leur âge.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Les bénéficiaires de l'AAEH verront leur allocation (AAEH de base et compléments) revalorisée de 0,3 % au 1^{er} avril 2019.

• Impact sur les bénéficiaires de rentes d'incapacité permanente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Les bénéficiaires de rentes versées au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (en cas de taux d'incapacité supérieur ou égal à 10%) verront leur rente revalorisée de 0,3 % au 1^{er} avril 2019.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

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

Cette mesure impactera dans les mêmes proportions l'ensemble des assurés bénéficiant des prestations sociales concernées, quel que soit leur sexe.

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

a) 1. impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Néant.

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

Néant.

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

Néant.

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

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire.

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

Cette mesure s'appliquera aux revalorisations annuelles des prestations intervenant à compter du 1^{er} janvier 2019.

6. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information sera assurée par les caisses et les services de l'Etat chargés du versement des prestations concernées.

7. Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure fera l'objet d'un suivi par les organismes de sécurité sociale et par la direction de la sécurité sociale dans le cadre des PQE.

Annexe : prestations relevant de l'article L. 161-25 selon qu'elles sont concernées ou non par la mesure

1. Prestations concernées par la mesure

a) Par un renvoi direct à l'article L. 161-25

- Les pensions d'invalidité
- Les indemnités en capital AT-MP
- Les rentes AT-MP et le salaire minimum des rentes AT-MP (assiette minimale)
- La prestation complémentaire pour recours à tierce personne et la majoration pour tierce personne AT-MP
- Les prestations familiales (via la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales, article L. 551-1 du CSS)

b) Par un renvoi indirect via l'article L. 161-23-1

- Les pensions de vieillesse de base (y compris des régimes dits intégrés)
- La retraite complémentaire du BTP
- La retraite de l'IRCANTEC sauf indication contraire du plan quadriennal
- L'allocation de congé-solidarité
- La pension majorée de référence des exploitants agricoles et seuil d'écurement
- La retraite complémentaire des travailleurs indépendants (RCI)
- Le régime additionnel de retraite (régime additionnel des enseignants du privé)
- Le minimum contributif
- Le minimum de réversion
- Le plafond de ressources pour la majoration de pension de réversion
- La majoration de la pension de retraite pour conjoint à charge
- La majoration forfaitaire pour enfant à charge

c) Autres renvois indirects

- La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) et, par voie d'incidence :
 - o L'allocation personnalisée d'autonomie - APA (plafond du plan d'aide et barème de participation financière laissée à la charge du bénéficiaire)
 - o L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
 - o La prestation de compensation du handicap - PCH (taux de prise en charge de 100 ou 80% en fonction des ressources)
- Le capital décès
- L'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)
- Le fonds spécial visé au 1^{er} du L.211-10 du code de l'action sociale et des familles

2. Prestations non concernées par la mesure

- Le minimum vieillesse (ASPA et anciennes allocations)
- L'allocation de veuvage
- L'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)
- Le RSA
- L'allocation pour demandeur d'asile (ADA)
- L'allocation temporaire d'attente (ATA)
- L'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants (ARFS)
- La prestation transitoire de solidarité
- Le 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)
- Allocation de solidarité spécifique

Article 45 - Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap

I. Présentation de la mesure

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

- **Absence de majoration du CMG pour l'accueil d'un enfant handicapé**

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est versé, sans condition de ressources, aux familles qui exercent une activité professionnelle ou sont en parcours d'insertion et qui font garder leur(s) enfant(s) de moins de 6 ans par un mode d'accueil individuel (assistant maternel, garde à domicile). Il peut s'agir soit d'un CMG « emploi direct », soit d'un CMG « structure » (articles L. 531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale).

Le CMG « emploi direct » est versé aux familles qui emploient directement un assistant maternel ou une garde à domicile. Il comprend deux volets :

b) a) Une aide calculée en fonction du montant des cotisations et contributions sociales, salariales et patronales, liées à la rémunération de la personne, à hauteur de 100 % pour l'emploi d'un assistant maternel - sous réserve que la rémunération de l'assistant maternel soit inférieure à un plafond journalier de 49,40 € bruts - et de 50 % pour l'emploi d'une garde à domicile, dans la limite d'un montant plafond variant selon l'âge de l'enfant : 448 € pour un enfant âgé de 0 à 3 ans, 224 € pour un enfant âgé de plus de 3 ans ;

c) **Une aide calculée en fonction de la rémunération nette (salaire et indemnités d'entretien) du salarié, dans la limite d'un montant plafond variant selon les ressources et la composition du foyer, sans pouvoir excéder 85% de la rémunération versée.**

Par ailleurs, le CMG peut également être versé lorsque la famille ou le ménage recourt, pour assurer la garde de son ou ses enfant(s) de moins de 6 ans, à une crèche familiale, un service de garde d'enfants à domicile, ou une micro-crèche. Dans ce cas, la famille n'est pas directement employeur mais a recours à un service géré par une personne morale qui emploie des personnes chargées d'assurer la garde des enfants. Il s'agit alors d'un CMG « structure », versé selon les règles particulières suivantes :

- D'une part, le CMG « structure » ne comporte qu'un seul volet : il s'agit d'une prise en charge globale, dont le montant ne peut excéder 85% du coût de la garde facturé par le service, dans la limite d'un montant plafond variant selon les ressources et la composition du foyer ;
- D'autre part, la prise en charge n'est pas due si l'enfant n'est pas gardé au minimum 16h dans le mois au titre duquel le complément est demandé.

En plus du CMG, les parents qui font garder leur enfant bénéficient d'une aide fiscale, sous la forme d'un crédit d'impôt sur le revenu.

Actuellement, le barème applicable au CMG¹ est le suivant :

Barème du CMG applicable au titre d'un enfant né ou adopté à compter du 1^{er} avril 2018

Nombre d'enfant à charge	Revenus (R)		
	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 €
Montant plafond du CMG « emploi direct »			
Enfant de moins de 3 ans	467,41 €	294,73 €	176,82 €
Enfant de 3 à 6 ans	233,71 €	147,39 €	88,41 €
Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant un assistant maternel			
Enfant de moins de 3 ans	707,30 €	589,42 €	471,55 €
Enfant de 3 à 6 ans	353,66 €	294,71 €	235,78 €
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			
Enfant de moins de 3 ans	854,69 €	736,77 €	618,89 €
Enfant de 3 à 6 ans	427,35 €	368,39 €	309,45 €

Montants de CMG en vigueur au 1^{er} avril 2018

Afin de favoriser l'accès à un mode de garde formel des familles travaillant en horaires spécifiques, des familles dont l'un des deux parents bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et des familles monoparentales, sont prévues des majorations des montants maximums du CMG :

- + 10 % si les deux parents travaillent en horaires spécifiques ;
- + 30 % pour les bénéficiaires de l'AAH ;
- + 30 % pour les familles monoparentales.

Les montants maximum de CMG sont les mêmes pour les familles, que l'enfant soit porteur d'un handicap ou pas, que la famille ait un enfant handicapé ou pas, alors que l'accueil d'enfants ouvrant droit au bénéfice de l'AAEH en crèche donne lieu à une réduction du tarif appliqué à la famille (et que la convention d'objectifs et de gestion Etat / CNAF pour 2018-2022 renforce cette dimension avec l'application d'un bonus pour les structures accueillant une proportion importante d'enfants en situation de handicap) et que le coût de l'accueil individuel d'un enfant handicapé peut également être renchéri. Ainsi par exemple, l'assistante maternelle peut, si le handicap de l'enfant se traduit par une prise en charge plus difficile, plus coûteuse, ou exigeant davantage de disponibilité de sa part, pratiquer des tarifs supérieurs à ceux qu'elle demande pour l'accueil d'un enfant non handicapé. Selon l'article 7 de la convention collective nationale des assistants maternels, l'accueil d'un enfant présentant des difficultés particulières temporaires ou permanentes donne droit à majoration du salaire à prévoir au contrat en fonction de l'importance des difficultés suscitées par l'accueil de l'enfant.

Il paraît donc légitime, afin d'éviter à ces familles d'assumer des restes à charge supérieurs à ceux des autres parents (que ce soit au titre d'enfants ouvrant droit à l'AAEH dont la garde est solvabilisée par le CMG ou d'enfants ouvrant droit à l'AAEH de plus de six ans nécessitant un investissement temporel plus important des parents et accroissant de fait le besoin de garde pour les autres enfants de la fratrie gardés par une assistante maternelle ou une garde à domicile) de ne pas pénaliser ceux qui recourent à une assistante maternelle ou une garde à domicile par rapport à ceux qui accèdent à une place de crèche, et de faciliter la reprise ou l'accroissement d'activité professionnelle de ces parents en améliorant la solvabilisation du recours à l'accueil individuel.

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

a) Mesure proposée

• Majoration du CMG pour les familles dont un enfant bénéficie de l'AAEH

La mesure consiste à majorer les montants maximum du CMG « emploi direct » et du CMG « structure » lorsqu'au sein de la famille un enfant est en situation de handicap. Le critère retenu pour bénéficier de cette majoration serait que l'un des enfants à charge du foyer ouvre droit au bénéfice de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH). L'application de cette majoration au niveau de la famille et non du seul enfant permettrait de prendre en compte non seulement la majoration du coût de l'accueil d'un enfant de moins de six ans en situation de handicap

¹ Depuis 2012, les plafonds de ressources applicables au CMG sont majorés de 40% pour les parents isolés. Le barème présenté ici correspond au cas général (hors majoration).

mais aussi les besoins de garde des autres enfants, qui peuvent également être majorés du fait de la maladie ou du handicap de leur frère ou sœur, que celui-ci ait plus ou moins de six ans.

Le niveau de cette majoration du montant maximum de CMG sera fixé par décret. Elle pourrait être égale à la majoration du montant déjà prévue pour les bénéficiaires de l'AAH et les familles monoparentales, soit + 30 %.

Le nouveau barème du CMG pour les familles ayant un enfant bénéficiaire de l'AAEH serait donc le suivant :

Barème du CMG applicable à une famille bénéficiaire de l'AAEH au titre d'un enfant né ou adopté à compter du 1^{er} novembre 2019

Nombre d'enfant à charge	Revenus (R)		
	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 €
Montant plafond du CMG « emploi direct »			
Enfant de moins de 3 ans	607,63 €	383,15 €	229,87 €
Enfant de 3 à 6 ans	303,82 €	191,61 €	114,93 €
Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant un assistant maternel			
Enfant de moins de 3 ans	919,49 €	766,25 €	613,02 €
Enfant de 3 à 6 ans	459,76 €	383,12 €	306,51 €
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			
Enfant de moins de 3 ans	1 111,10 €	957,80 €	804,56 €
Enfant de 3 à 6 ans	555,56 €	478,91 €	402,29 €

Montants et plafonds de CMG en vigueur au 1^{er} avril 2018 et qui seront revalorisés au 1^{er} janvier 2019 pour les plafonds et au 1^{er} avril 2019 pour les montants

Les dispositions régissant le CMG sont par ailleurs mises en cohérence avec la suppression de l'allocation temporaire d'attente depuis le 1^{er} septembre 2017, par la suppression de la référence à l'article L. 5423-8 du code de travail.

b) Autres options possibles

Une augmentation de la majoration du plafond de ressources applicable aux familles dont l'enfant gardé bénéficie de l'AAEH ne bénéficierait pas aux familles les plus modestes qui se situent déjà dans la première tranche du CMG et qui dans tous les cas doivent supporter un reste à charge minimum de 15 % pour pouvoir bénéficier du CMG.

Une application de cette majoration du montant maximum du CMG restreinte au CMG « emploi direct » pour les familles dont l'enfant gardé bénéficie de l'AAEH induirait une iniquité de traitement des familles qui ont recours, parfois sans d'autre choix possible, à des structures employant des assistants maternels, des gardes à domicile ou des micro crèches, et perturberait en outre l'équilibre déjà fragile des crèches familiales.

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

Cette mesure a sa place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, puisqu'elle a un effet sur les dépenses de la branche famille en majorant le montant versé d'une prestation.

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

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

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

La collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon a été consultée en application de l'article L. 3444-1 du code général des collectivités territoriales.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

La disposition proposée est codifiée (articles L.531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale).

Afin de rendre la mesure applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, 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 devra être mis à jour.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

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

Il convient de noter qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon, les plafonds de ressources du CMG sont déjà majorés pour l'ensemble des allocataires par rapport à ceux de la métropole compte tenu de la cherté de la vie dans ce territoire. S'appliquent également sur ce territoire les majorations spécifiques pour les parents isolés, bénéficiaires de l'AAH et parents en horaires décalés.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La CNAF dénombrait 248 000 familles bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en 2016 pour 264 000 enfants. Parmi ces enfants, 33 000 étaient âgés de moins de 6 ans et 7 000 de moins de trois ans. 4 106 familles ayant un enfant de moins de six ans bénéficiaient de l'AEEH bénéficiaient du CMG en 2017. 4 700 familles ayant un enfant âgé entre 6 et 20 ans bénéficiaient de l'AEEH bénéficiaient également du CMG pour un autre de leurs enfants âgé de moins de six ans la même année.

L'impact de cette mesure pour le CMG « emploi direct » portera uniquement sur le volet du CMG calculé en fonction de la rémunération. En effet, le second volet, calculé dans le cadre du CMG « emploi direct » en fonction du montant des cotisations ne changera pas (100 % pour les assistants maternels et 50 % pour les gardes à domicile dans la limite d'un plafond).

La mesure aurait un coût annuel de 1,8 M€ en année pleine.

Compte tenu des délais de mise en œuvre dans le système d'information de la CNAF et de la CCMSA, la mesure entrera en vigueur en novembre 2019, limitant le coût en 2019 à 0,3 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Branche famille		- 0,3	- 1,8	- 1,8	- 1,8

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

Cette amélioration de la solvabilisation aura un effet en N+1 sur les crédits d'impôts accordés au titre des frais de garde, réduisant ainsi le coût pour les finances publiques de la mesure.

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

a) impacts économiques

A situation inchangée (recours équivalent au service d'accueil), les allocataires percevront un montant de prestation plus élevé de CMG pour l'accueil d'un enfant en situation de handicap ou ayant par ailleurs un enfant en situation de handicap bénéficiaire de l'AEEH, dans la limite du reste à charge minimum de 15 % prévu par la réglementation.

Les familles bénéficiant du CMG pour l'accueil d'un enfant en situation de handicap ou ayant par ailleurs un enfant en situation de handicap bénéficiaire de l'AEEH qui ne sont pas au plafond du montant maximum de l'aide, en raison d'un reste à charge déjà de 15 %, ne seront en revanche pas impactées par la mesure.

Pour les familles bénéficiant du CMG « emploi direct » pour l'accueil d'un enfant en situation de handicap ou ayant par ailleurs un enfant en situation de handicap bénéficiaire de l'AEEH, le gain mensuel après CRDS pourra atteindre jusqu'à :

CMG « emploi direct »	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3
Enfant de moins de trois ans	140,22 €	88,42 €	53,05 €
Enfants de moins de six ans	70,11 €	44,22 €	26,52 €

Ces montants seront revalorisés au 1^{er} avril 2019.

Pour les familles bénéficiant du CMG « structure » pour l'accueil d'un enfant en situation de handicap ou ayant par ailleurs un enfant en situation de handicap bénéficiaire de l'AEEH, le gain mensuel après CRDS pourra atteindre jusqu'à :

CMG « structure »	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3
Recours à une association ou une entreprise employant un assistant maternel			
Enfant de moins de trois ans	212,19 €	176,83 €	141,47 €
Enfants de moins de six ans	106,10 €	88,41 €	70,73 €
Recours à une association ou une entreprise employant une garde à domicile ou en cas de recours à une micro-crèche			
Enfant de moins de trois ans	256,41 €	221,03 €	185,67 €
Enfants de moins de six ans	128,21 €	110,52 €	92,84 €

Ces montants seront revalorisés au 1^{er} avril 2019.

b) impacts sociaux

• Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure facilitera l'accès des familles dont l'enfant à garder est en situation de handicap à un mode de garde formel et contribuera donc à les aider à mieux concilier vie familiale et vie professionnelle et à conserver ou reprendre leur emploi. Il facilitera également la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle des parents ayant un enfant en situation de handicap âgé de plus de 6 ans ou qui n'est pas accueilli par un mode d'accueil solvabilisé par le CMG mais pouvant générer des besoins de garde accrus d'un autre de leurs enfants âgés de moins de six ans.

• Impact sur les jeunes

Néant.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La mesure vise les jeunes enfants en situation de handicap et leur famille, et plus globalement les familles ayant un enfant handicapé (264 000 enfant en 2016 bénéficiaires de l'AEEH) et un enfant âgé de moins de six ans.

Plus précisément, en 2017, 4 107 familles ayant un enfant de moins de six ans bénéficiant de l'AEEH bénéficiaient du CMG et 4 700 familles ayant un enfant âgé entre 6 et 20 ans bénéficiant de l'AEEH bénéficient également du CMG pour un autre de leurs enfants âgé de moins de six ans la même année.

En 2016, la CNAF avait dénombré 7 500 familles monoparentales dont un des enfants âgés de moins de six ans percevait l'AEEH. Cette mesure facilitera également leur accès à un mode de garde individuel.

c) impacts sur l'environnement

Néant.

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

Cette mesure, en facilitant l'accès des familles aux modes d'accueil individuel, contribue à réduire l'éloignement total ou partiel des femmes d'une activité professionnelle.

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

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

Cette mesure ne nécessite pas de démarche administrative spécifique de la part des assurés mais une information spécifique devra être adressée aux familles dont l'enfant en âge d'être gardé bénéficie de l'AEEH afin qu'elles aient connaissance de cette majoration.

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

Les systèmes d'information de la CNAF, de la CCMSA et de l'ACOSS devront être mis à jour.

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

La mesure ne nécessite ni allocation de moyens supplémentaires, ni recrutement de personnel.

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

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret simple devra fixer le taux de la majoration, en modifiant l'article D. 531-23-1 du CSS. Il sera à prendre avant la date d'entrée en vigueur prévue par le présent projet de loi de financement. Ce décret précisera également les conditions de cumul/ou de plafond global en cas de cumul de majorations pour une même famille.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Compte tenu des délais d'adaptation requis pour le système d'information de la CNAF, de la CCMSA et de l'ACOSS, l'entrée en vigueur d'une telle réforme pourrait être envisagée à partir de novembre 2019.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure nécessite la mise à jour des sites internet des caisses de sécurité sociale concernées (informations et simulateurs). De plus, les bénéficiaires du CMG devront être informés de cette évolution à venir.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure vise alternativement :

1. à réduire le reste à charge des familles ayant un enfant handicapé recourant à un mode d'accueil solvabilisé par le CMG ;
2. à augmenter le niveau de ce recours pour les familles déjà utilisatrices ;
3. et enfin à augmenter le nombre de ces familles recourant à ces modes d'accueil.

Le 3^e objectif pourra être mesuré en suivant l'évolution du nombre de familles bénéficiaires de l'AAEH et du CMG.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 531-5 en vigueur au 1 ^{er} octobre 2018	Article L. 531-5 modifié
I.-Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant. Ce complément comprend deux parts : a) Une part calculée, selon les modalités prévues au II du présent article, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ; b) Une part calculée, selon les modalités prévues au III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant ; Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle. Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret. La condition mentionnée au cinquième alinéa du présent I ne s'applique pas : - lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ; - lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 5423-1, L. 5423-2 et L. 5423-8 du code du travail ; - aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat. II.-Lorsque le ménage ou la personne emploie un assistant maternel agréé, le montant mentionné au a du I correspond à la totalité des cotisations et contributions sociales, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistant maternel ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret. Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, le montant mentionné au a du I correspond à une fraction, fixée par décret, des cotisations et contributions sociales, dans la limite d'un plafond par ménage après prise en compte de la déduction prévue au I bis de	I.-Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant. Ce complément comprend deux parts : a) Une part calculée, selon les modalités prévues au II du présent article, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ; b) Une part calculée, selon les modalités prévues au III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant ; Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle. Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret. La condition mentionnée au cinquième alinéa du présent I ne s'applique pas : - lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ; - lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 5423-1, ~~L. 5423-2~~ <u>et L. 5423-8</u> et L. 5423-2 du code du travail ; - aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat. II.-Lorsque le ménage ou la personne emploie un assistant maternel agréé, le montant mentionné au a du I correspond à la totalité des cotisations et contributions sociales, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistant maternel ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret. Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, le montant mentionné au a du I correspond à une fraction, fixée par décret, des cotisations et contributions sociales, dans la limite d'un plafond par ménage après prise en compte de la déduction prévue au I bis de

l'article L. 241-10 du présent code. Le plafond mentionné au présent alinéa est fixé par décret. Il est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. III.-L'aide mentionnée au b du I est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'un assistant maternel agréé et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail. Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code ; 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. IV.-Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite. V.-Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.	l'article L. 241-10 du présent code. Le plafond mentionné au présent alinéa est fixé par décret. Il est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. III.-L'aide mentionnée au b du I est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'un assistant maternel agréé et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail. Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code ; 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule ; 4° 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. IV.-Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite. V.-Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.
Article L. 531-6 en vigueur au 1^{er} octobre 2018	Article L. 531-6 modifié
Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde. Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 ;	Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde. Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 ;

3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits. L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret. L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales. Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret, sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximal fixé par décret.	3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule ; 4° 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. Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits. L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret. L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales. Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret, sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximal fixé par décret.

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

b) et c) du 6° de l'article 11 en vigueur au 1^{er} octobre 2018 du code de la sécurité sociale	b) et c) du 6° de l'article 11 modifié
b) L'article L. 531-5 est ainsi rédigé : " Art. L. 531-5.-I.-Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant. " Ce complément comprend : " 1° Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ; " 2° Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant. " Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle. " Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret. " La condition mentionnée au cinquième alinéa du présent I ne s'applique pas : " a) Lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ; " b) Lorsque la personne ou au moins l'un des membres	b) L'article L. 531-5 est ainsi rédigé : " Art. L. 531-5.-I.-Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant. " Ce complément comprend : " 1° Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ; " 2° Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant. " Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle. " Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret. " La condition mentionnée au cinquième alinéa du présent I ne s'applique pas : " a) Lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ; " b) Lorsque la personne ou au moins l'un des membres

du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 5423-1 et L. 5423-2 du code du travail ; " c) Aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat. " II.-Lorsque le ménage ou la personne emploie un assistant maternel agréé, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistant maternel ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret. " Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. " III.-L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'un assistant maternel agréé et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail. " Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : " 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; " 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code ; " 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. " IV.-Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné au même article L. 531-1 mais inférieur à un âge limite. " V.-Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents. " ; c) L'article L. 531-6 est applicable dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.	du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 5423-1 et L. 5423-2 du code du travail ; " c) Aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat. " II.-Lorsque le ménage ou la personne emploie un assistant maternel agréé, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistant maternel ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret. " Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. " III.-L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'un assistant maternel agréé et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail. " Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : " 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; " 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code ; " 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. ; " 4° Lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie au titre d'un l'enfant à charge de la prestation prévue à l'article L. 541-1. " IV.-Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné au même article L. 531-1 mais inférieur à un âge limite. " V.-Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents. " ; c) L'article L. 531-6 ~~est applicable dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.~~

Article 45 - Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap

Article 46 - Accompagnement de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans par les prestations familiales

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est versé, sans condition de ressources, aux familles qui exercent une activité professionnelle (L. 531-5 et L.531-6 du code de la sécurité sociale) ou sont en parcours d'insertion et qui font garder leur(s) enfant(s) de moins de 6 ans. Il peut s'agir soit d'un CMG « emploi direct », soit d'un CMG « structure ».

Le CMG « emploi direct » est versé aux familles qui emploient directement un assistant maternel ou une garde à domicile. Il comprend deux volets :

- a) Une aide calculée en fonction du montant des cotisations et contributions sociales, salariales et patronales, liées à la rémunération de la personne, à hauteur de 100 % pour l'emploi d'un assistant maternel - sous réserve que la rémunération de l'assistant maternel soit inférieure à un plafond journalier de 49,40 € bruts – et, pour l'emploi d'une garde à domicile, de 50 %, dans la limite d'un montant plafond variant selon l'âge de l'enfant : 448 € pour un enfant âgé de 0 à 3 ans, 224 € pour un enfant âgé de plus de 3 ans ;
- b) Une aide calculée en fonction de la rémunération nette (salaire et indemnités d'entretien) du salarié, dans la limite d'un montant plafond variant selon les ressources et la composition du foyer, sans pouvoir excéder 85 % de la rémunération versée.

En 2016, la CNAF dénombrait également 772 000 bénéficiaires du CMG « emploi direct » pour une dépense de 5 870 M€.

Par ailleurs, le CMG peut également être versé lorsque la famille ou le ménage recourt, pour assurer la garde de son ou ses enfant(s) de moins de 6 ans, à un service de garde à domicile, à certaines crèches familiales ou à une micro-crèche. Dans ce cas, la famille n'est pas directement employeur mais a recours à un tiers qui emploie, des personnes chargées d'assurer la garde des enfants. Il s'agit alors d'un CMG « structure », versé selon les règles particulières suivantes :

- D'une part, le CMG « structure » ne comporte qu'un seul volet : il s'agit d'une prise en charge globale qui ne peut excéder 85 % du coût de la garde facturé par le service de garde à domicile, la crèche familiale ou la micro-crèche, dans la limite d'un montant plafond variable selon les ressources et la composition du foyer ;
- D'autre part, la prise en charge n'est pas due si l'enfant n'est pas gardé au minimum 16h dans le mois au titre duquel le complément est demandé.

En 2016, la CNAF dénombrait 64 800 bénéficiaires du CMG « structure » pour une dépense de 365 M€.

En plus du CMG, les parents qui font garder leur enfant bénéficient d'une aide fiscale, sous la forme d'un crédit d'impôt sur le revenu.

Actuellement, le barème applicable au CMG¹ est le suivant :

Barème du CMG applicable au titre d'un enfant né ou adopté à compter du 1^{er} avril 2018

Nombre d'enfant à charge	Revenus (R)		
	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 €
Enfant suppl	+ 2 917	+ 6 482 €	+ 6 482 €
Montant plafond du CMG « emploi direct »			
Enfant de moins de 3 ans	467,41 €	294,73 €	176,82 €
Enfant de 3 à 6 ans	233,71 €	147,39 €	88,41 €
Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant un assistant maternel			
Enfant de moins de 3 ans	707,30 €	589,42 €	471,55 €
Enfant de 3 à 6 ans	353,66 €	294,71 €	235,78 €

¹ Depuis 2012, les plafonds de ressources applicables au CMG sont majorés de 40% pour les parents isolés. Le barème présenté ici correspond au cas général (hors majoration).

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			
Enfant de moins de 3 ans	854,69 €	736,77 €	618,89 €
Enfant de 3 à 6 ans	427,35 €	368,39 €	309,45 €

Montants de CMG en vigueur au 1^{er} avril 2018

Aujourd'hui, le volet du complément de libre choix du mode de garde couvrant une partie de la rémunération du salarié est diminué de moitié lorsque l'enfant gardé est âgé entre 3 et 6 ans (IV de l'article L. 531-5 du même code). Le CMG « cotisations » continue de prendre en charge l'intégralité des cotisations sociales dues au titre de l'emploi d'un assistant maternel ainsi que 50 % de ces cotisations pour l'emploi d'un garde à domicile dans la limite d'un plafond divisé par deux (224 € au lieu de 448 € lorsque l'enfant avait moins de trois ans). Pour les familles d'enfants nés après le 31 décembre, le reste à charge de la garde de leur enfant à temps plein est ainsi multiplié par deux jusqu'à la rentrée scolaire suivante, les pénalisant par rapport aux familles d'enfants nés avant, d'autant plus que leur besoin de garde demeure celui d'un temps plein et non avant et après la classe.

En outre, alors que les parents employant directement un assistant maternel ou une garde à domicile et bénéficiant à ce titre du CMG « emploi direct » pourront bénéficier dès 2019 dans le cadre de la mise en place de la plateforme tout en un d'un dispositif de tiers payant, tel n'est actuellement pas le cas pour les parents ayant recours pour l'accueil de leur enfant à un service leur permettant de bénéficier du CMG « structure » (service de garde à domicile, crèche familiale, micro-crèche). En effet, les parents ayant recours pour l'accueil de leur enfant à un service leur permettant de bénéficier du CMG « structure » doivent payer la structure avant de pouvoir bénéficier de cette prestation. La difficulté des familles à faire face à cette avance de frais est particulièrement forte lors de l'ouverture des droits puisqu'elle peut s'étendre jusqu'à deux mois de garde. Il apparaît à ce titre nécessaire de leur permettre de pouvoir bénéficier d'un dispositif de tiers payant du CMG « structure » leur évitant de devoir assumer l'avance de l'intégralité des frais d'accueil, particulièrement lors des premiers mois de perception de la prestation.

S'agissant de l'allocation de rentrée scolaire, l'une des conditions pour y ouvrir droit, posée par l'article L. 543-1 du CSS, est l'inscription de l'enfant en exécution de l'obligation scolaire dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé. Actuellement, l'instruction est obligatoire pour tous les enfants entre 6 et 16 ans¹. L'article R. 543-2 du CSS prévoit que l'ARS est ouverte pour chaque enfant à charge qui atteindra son 6^{ème} anniversaire avant le 1^{er} février de l'année suivant celle de la rentrée scolaire². Les enfants de moins de 6 ans scolarisés en école maternelle n'ouvrent donc pas droit, actuellement, à l'ARS.

La référence à l'article L. 543-1 du CSS à la seule notion d'inscription en exécution de l'obligation scolaire devient inadaptée et aurait pour conséquence l'ouverture du droit à l'ARS pour les enfants âgés de 3 à 5 ans. L'absence de mesure de toilettage se traduirait par une extension du périmètre des bénéficiaires à 1,3 million d'enfants entre 3 et 6 ans (1,1 million de familles) et aurait un coût très important (475 millions d'euros) alors que l'avancée à 3 ans de l'âge de l'obligation scolaire ne change pas les dépenses supportées par les familles d'enfants scolarisés en école maternelle.

Une disposition identique de toilettage est à apporter aux dispositions relatives à l'ARS servie à Mayotte prévues à l'article 8 à l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

• Mesure relative au CMG

Dans le cadre de l'avancée à 3 ans de l'âge de la scolarisation obligatoire, les enfants seront accueillis à l'école maternelle en septembre de l'année civile de leur 3^{ème} anniversaire, soit jusqu'à 8 mois après celui-ci pour les enfants nés en début d'année civile.

C'est pourquoi il est proposé d'accompagner cette mesure d'avancement en prolongeant le droit au CMG « emploi direct » et « structure » à taux plein pour les familles dont l'enfant n'a pas pu être accueilli en école maternelle jusqu'à la rentrée scolaire suivant son troisième anniversaire. Cette mesure constituera notamment un élément de convergence des modalités et niveaux de prise en charge entre accueil individuel et collectif, la PSU étant déjà versée aux crèches pour l'accueil d'enfants jusqu'à leur 4^{ème} anniversaire et le droit à la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PREPARE) pour les familles modestes de deux enfants ou plus pouvant être prolongé jusqu'au mois de septembre suivant les trois ans de l'enfant si ce dernier n'a pas pu être accueilli en école maternelle ou en établissement d'accueil du jeune enfant.

D'autre part, à l'instar du CMG emploi direct à compter de l'année 2019, le CMG structure pourra dans l'avenir être versé en tiers payant, ce qui permettra que l'ensemble des aides à la garde financées par la Branche famille puissent

¹ Art. L. 131-1 du code de l'éducation

² Art. R. 543-2 du CSS

être versées selon cette modalité qui donne aux familles une lisibilité immédiate du coût réel pour elles de l'accueil de leur enfant. La différence avec le CMG « emploi direct » est que la prestation serait versée au gestionnaire et non aux allocataires, afin que le gestionnaire impute le montant sur la facture mensuelle des parents, qui serait ainsi nette du CMG auquel a droit le foyer. La mise en œuvre de cette mesure permettra enfin d'accroître l'effet de levier de cette prestation, la complexité des processus actuels et de leur éclatement ayant pour effet de minorer la perception de la générosité des aides publiques mobilisées. Les parents qui ont recours à un service (service de garde à domicile, micro-crèche, crèche familiale) n'auront plus grâce à cette mesure à avancer les frais du coût de la structure. Cela représentera par rapport à la situation actuelle un gain en trésorerie de deux mois pour les familles, au-delà de la simplification en gestion représentée.

Ces mesures seront rendues applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.

• Mesure relative à l'ARS

Il est proposé de toilettier les dispositions de l'article L. 543-1 du CSS pour préciser que l'enfant doit avoir atteint un âge déterminé pour bénéficier de l'allocation de rentrée scolaire, c'est-à-dire lorsqu'il aura atteint l'âge de six ans avant le 1^{er} février de l'année suivant celle de la rentrée scolaire.

Cette mesure est rendue directement applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon. Elle est rendue applicable au département Mayotte, pour lequel il est précisé que l'ARS est due à compter de l'école élémentaire.

b) Autres options possibles

La mesure de maintien du CMG à taux plein pourrait être centrée uniquement sur les familles les plus modestes dont les ressources les situent dans la première tranche du CMG. Cette restriction contreviendrait au caractère universel du CMG, qui n'est pas une prestation sous conditions de ressources mais dont le montant plafond est en revanche modulé en fonction des ressources.

Le montant de l'ARS est modulé selon trois tranches d'âge depuis la rentrée scolaire 2008. Le montant versé aux familles pour la rentrée 2018 est, en métropole et dans les départements d'outre-mer, de 367,73 euros pour les enfants âgés de 6 à 10 ans, de 388,02 euros pour ceux âgés de 11 à 14 ans et de 401,47 euros pour ceux âgés de 15 à 18 ans. A législation constante, l'ouverture de la tranche des 6-10 ans aux enfants âgés de 3 à 5 ans se traduirait par un coût important de 475 M€.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure a sa place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, puisqu'elle a un effet sur les dépenses de la branche famille en prolongeant le versement d'une prestation.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

La collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon a été consultée en application de l'article L. 3444-1 du code général des collectivités territoriales.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et que d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Les dispositions proposées sont codifiées (articles L. 543-1, L. 531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale).

Les dispositions concernées pour Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte relèvent d'ordonnances (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 ; 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).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesures CMG et PN non applicables
	Mesure ARS rendue applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint Pierre et Miquelon	CMG : mesure rendue applicable
	ARS : mesure directement applicable
	PN : mesure applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV.

V. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le chiffrage de la mesure prolongation du CMG à taux plein au-delà des 3 ans de l'enfant a été réalisé sur la base du nombre en décembre 2017 des allocataires du CMG qui ont un enfant atteignant 3 ans à la fin de l'année 2017.

Le passage du taux réduit au taux plein ne se traduit pas systématiquement par le doublement du CMG, dans la mesure où il s'agit d'un montant plafond d'aide, le montant effectivement attribué dépend du besoin de chaque famille et prend en compte un reste à charge obligatoire de 15 %. De plus, à recours inchangé, la CNAF a constaté une baisse de 13 % du nombre de bénéficiaires du CMG entre les mois de décembre et de juillet pour un enfant atteignant l'âge de 3 ans. Cette baisse des effectifs a été prise en compte dans le chiffrage.

Il en résulte un coût de 70 M€ pour la branche famille au titre des dépenses du CMG. Ce coût sera compensé par une économie de 19 M€ réalisée sur les deux crédits d'impôts (emploi à domicile et accueil hors du domicile) puisque la mesure se traduit pour les familles par une diminution des dépenses engagées pour la garde de leur enfant.

Le coût net de la prolongation du CMG à taux plein au-delà des 3 ans de l'enfant atteindrait 51 M€.

Enfin, concernant la mesure CMG « structure » en tiers payant, il est à noter que pour la première année de mise en œuvre, comme les caisses verseront plus rapidement le CMG « structure » aux associations et entreprises puisque les démarches administratives seront simplifiées et dématérialisées, un impact en trésorerie sera à prévoir.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
TOTAL Branche famille et Etat			- 51	- 51	- 51
Dont impact total CMG			- 70	- 70	- 70
Dont CMG « emploi direct » Assistant maternel			- 52,8	- 52,8	- 52,8
Dont CMG « emploi direct » garde à domicile partie rémunération			- 3,5	- 3,5	- 3,5
Dont CMG « emploi direct » garde à domicile partie cotisation			- 1	- 1	- 1
Dont CMG « structure »			- 12,7	- 12,7	- 12,7
Dont impact total crédit d'impôt			+ 19	+ 19	+ 19

P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) impacts économiques

L'absence de réduction du CMG pour les enfants âgés de plus de 3 ans dans l'attente de leur scolarisation contribuera à un recours accru aux modes d'accueil qu'il solvabilise (assistant maternel, garde à domicile, micro-crèche) et par conséquent au développement de leur activité.

La mesure de versement du CMG « structure » en tiers payant permettra de faciliter le recours aux services d'accueil financés par le CMG structure pour les familles (65 000 concernées actuellement) puisqu'elles n'auront plus à faire l'avance de frais. Elle devrait avoir de ce fait un impact positif sur l'activité économique de ces services d'accueil.

b) impacts sociaux

Cette mesure supprime la pénalisation dont était l'objet les familles recourant à un mode d'accueil solvabilisé par le CMG dont les enfants sont nés entre les mois de janvier à août.

3,6 % des familles bénéficiaires du CMG seraient favorablement impactées par cette mesure.

Cette mesure incite les familles à continuer à faire garder leur enfant de plus de 3 ans né en début d'année et donc non encore admis en école maternelle soit par un assistant maternel ou une garde à domicile soit par une structure éligible au CMG.

Cette mesure lève donc un frein au recours à l'accueil individuel et participe au maintien dans l'emploi de ces familles, au maintien de leur niveau de vie et à la lutte contre la pauvreté pour les plus modestes d'entre elles.

- **Impact sur les jeunes**

Néant.

- **Impact sur les personnes en situation de handicap**

La mesure de prolongation du CMG à taux plein pour les enfants de plus de 3 ans jusqu'à leur scolarisation sera également favorable aux familles qui recourent pour la garde de leur enfant handicapé à un mode d'accueil individuel.

- **impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes**

Les mesures portant sur le CMG, en simplifiant l'accès des familles aux modes d'accueil individuel, contribuent à réduire l'éloignement total ou partiel des femmes du marché de travail.

c) impacts sur l'environnement

La mesure de versement du CMG « structure » en tiers payant, en diminuant les formulaires papier et les attestations mensuelles papier à fournir à la branche famille, aura un impact positif sur l'environnement et la consommation du papier.

Les autres mesures sont sans impact environnemental.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Néant.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Ces mesures ne nécessitent pas de démarche administrative spécifique de la part des assurés mais une information spécifique devra être formulée aux familles susceptibles d'être concernées afin qu'elles aient connaissance de la nouvelle réglementation.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure ne nécessite ni allocation de moyens supplémentaires, ni recrutement de personnel.

VI. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret simple devra préciser les règles permettant la mise en œuvre de la mesure de prolongation du CMG, notamment sur la partie prise en charge des cotisations et rémunération, en modifiant l'article D. 531-20 du CSS. Il sera à prendre avant la date d'entrée en vigueur prévue par le présent projet de loi de financement.

Pour la mesure CMG « structure » en tiers payant, un décret simple devra préciser les règles applicables (modification de l'article D. 531-23 du CSS). Il sera à prendre avant la date d'entrée en vigueur prévue par le présent projet de loi de financement.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure relative à l'ARS entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2019 et ne se traduira pas par des modifications dans le système d'information de la CNAF et permettra de maintenir le périmètre de versement de la prestation inchangé à la rentrée 2019.

Compte tenu des délais d'adaptation requis pour les systèmes d'information de la CNAF, de la CCMSA et de l'ACOSS, la mesure de prolongation du CMG à taux plein jusqu'à l'entrée en école pré élémentaire ne pourrait être envisagée qu'à partir de janvier 2020. Compte tenu du fait que les écoles pré élémentaires se doivent, dès la rentrée de

septembre 2019, d'accueillir les enfants nés jusqu'au 31 décembre 2019, la mesure n'aurait en tout état de cause pas eu d'impact en 2019.

Pour la mesure CMG « structure » en tiers payant, les travaux qui doivent être engagés par la Branche famille débiteront à partir de 2020 et la mesure devrait être opérationnelle en 2022. Dans l'attente, la procédure actuelle de versement aux familles perdurera.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure nécessite la mise à jour des sites internet des caisses de sécurité sociale concernées (informations et simulateurs). De plus, les bénéficiaires du CMG devront être informés de ces évolutions à venir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le nombre d'enfants bénéficiaires de la mesure de prolongation du CMG sera suivi par la CNAF.

Pour la mesure CMG « structure » en tiers payant, un comité de suivi piloté par la DSS et associant la Branche famille sera mis en place.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 531-5 en vigueur au 1^{er} octobre 2018	Article L. 531-5 modifié
I.-Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant. Ce complément comprend deux parts : a) Une part calculée, selon les modalités prévues au II du présent article, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ; b) Une part calculée, selon les modalités prévues au III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant ; Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle. Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret. La condition mentionnée au cinquième alinéa du présent I ne s'applique pas : - lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ; - lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 5423-1, L. 5423-2 et L. 5423-8 du code du travail ; - aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat. II.-Lorsque le ménage ou la personne emploie un assistant maternel agréé, le montant mentionné au a du I correspond à la totalité des cotisations et contributions sociales, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistant maternel ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret. Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, le montant mentionné au a du I correspond à une fraction, fixée par décret, des cotisations et contributions sociales, dans la limite d'un plafond par ménage après	I.-Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant. Ce complément comprend deux parts : a) Une part calculée, selon les modalités prévues au II du présent article, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ; b) Une part calculée, selon les modalités prévues au III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant ; Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle. Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret. La condition mentionnée au cinquième alinéa du présent I ne s'applique pas : - lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ; - lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 5423-1, L. 5423-2 et L. 5423-8 du code du travail ; - aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat. II.-Lorsque le ménage ou la personne emploie un assistant maternel agréé, le montant mentionné au a du I correspond à la totalité des cotisations et contributions sociales, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistant maternel ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret. Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, le montant mentionné au a du I correspond à une fraction, fixée par décret, des cotisations et contributions sociales, dans la limite d'un plafond par ménage après

prise en compte de la déduction prévue au I bis de l'article L. 241-10 du présent code. Le plafond mentionné au présent alinéa est fixé par décret. Il est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. III.-L'aide mentionnée au b du I est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'un assistant maternel agréé et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail. Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code ; 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. IV.-Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite. V.-Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.	prise en compte de la déduction prévue au I bis de l'article L. 241-10 du présent code. Le plafond mentionné au présent alinéa est fixé par décret. Il est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. III.-L'aide mentionnée au b du I est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'un assistant maternel agréé et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail. Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code ; 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. IV.-Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite. Toutefois, pour les enfants ayant atteint l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année, la prestation demeure versée intégralement. V.-Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.
Article L. 531-6 en vigueur au 1^{er} octobre 2018	Article L. 531-6 modifié
Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde. Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du	Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde. Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du

couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 ; 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits. L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret. L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales. Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret, sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximal fixé par décret.	couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 ; 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits dans les conditions prévues audit IV. L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret. L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales. Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret, sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximal fixé par décret. 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 l'accord de l'association ou l'entreprise précitée, dans des conditions précisées par décret.
Article L. 543-1	Article modifié L. 543-1
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. Elle est également attribuée, pour chaque enfant d'un âge inférieur à un âge déterminé, et dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3, qui poursuit des études ou qui est placé en apprentissage. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation des ménages hors les prix du tabac, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Son montant est fixé par décret et revalorisé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture. Le montant de l'allocation de rentrée scolaire varie selon l'âge de l'enfant.	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 <i>inscrit en exécution de l'obligation scolaire</i> 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. Elle est également attribuée, pour chaque enfant d'un âge inférieur à un âge déterminé, et dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3, qui poursuit des études ou qui est placé en apprentissage. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation des ménages hors les prix du tabac, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Son montant est fixé par décret et revalorisé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture. Le montant de l'allocation de rentrée scolaire varie selon l'âge de l'enfant.

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.	
b) du 6° de l'article 11 en vigueur au 01/01/2019	b) du 6° de l'article 11 modifié
b) L'article L. 531-5 est ainsi rédigé : " Art. L. 531-5.-I.-Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant. " Ce complément comprend : " 1° Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ; " 2° Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant. " Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle. " Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret. " La condition mentionnée au cinquième alinéa du présent I ne s'applique pas : " a) Lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ; " b) Lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 5423-1 et L. 5423-2 du code du travail ; " c) Aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat. " II.-Lorsque le ménage ou la personne emploie un assistant maternel agréé, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistant maternel ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret. " Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.	b) L'article L. 531-5 est ainsi rédigé : " Art. L. 531-5.-I.-Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant. " Ce complément comprend : " 1° Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ; " 2° Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant. " Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle. " Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret. " La condition mentionnée au cinquième alinéa du présent I ne s'applique pas : " a) Lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ; " b) Lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 5423-1 et L. 5423-2 du code du travail ; " c) Aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat. " II.-Lorsque le ménage ou la personne emploie un assistant maternel agréé, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistant maternel ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret. " Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

" III.-L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'un assistant maternel agréé et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail. " Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : " 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; " 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code ; " 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. " IV.-Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné au même article L. 531-1 mais inférieur à un âge limite. " V.-Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents. " ;	" III.-L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'un assistant maternel agréé et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail. " Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret : " 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; " 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code ; " 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. " IV.-Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné au même article L. 531-1 mais inférieur à un âge limite. Toutefois, pour les enfants ayant atteint l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année, la prestation demeure versée intégralement. " V.-Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents. " ;

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

Article 8	Article 8 modifié
Une allocation de rentrée scolaire est attribuée pour chaque enfant inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé en exécution de l'obligation scolaire, et jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, sous réserve de l'âge limite prévu à l'article 5. Cette allocation est attribuée sous réserve que les ressources de la personne seule ou du ménage n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre d'enfants à charge. Ce plafond est fixé par décret et revalorisé par arrêté conformément à l'évolution du montant fixé à Mayotte du salaire minimum prévu à l'article L. 3231-2 du code du travail. Le montant de cette allocation peut varier selon le cycle scolaire suivi par l'enfant. Les établissements scolaires sont autorisés à transmettre les listes d'enfants inscrits à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19.	Une allocation de rentrée scolaire est attribuée pour chaque enfant qui est inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé en exécution de l'obligation scolaire, à compter de l'enseignement élémentaire et jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, sous réserve de l'âge limite prévu à l'article 5. Cette allocation est attribuée sous réserve que les ressources de la personne seule ou du ménage n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre d'enfants à charge. Ce plafond est fixé par décret et revalorisé par arrêté conformément à l'évolution du montant fixé à Mayotte du salaire minimum prévu à l'article L. 3231-2 du code du travail. Le montant de cette allocation peut varier selon le cycle scolaire suivi par l'enfant. Les établissements scolaires sont autorisés à transmettre les listes d'enfants inscrits à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19.

Article 47 – Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le Président de la République s'est engagé à harmoniser les modalités d'indemnisation du congé maternité entre les différents régimes de sécurité sociale, en ne conservant que les seules spécificités présentant une pertinence au regard de la nature de l'activité professionnelle exercée.

En effet, si l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale couvrent les charges de maternité, on constate aujourd'hui des différences dans la durée de l'indemnisation (de 74 jours au maximum pour les travailleuses indépendantes à 112 jours pour les salariées) ainsi que dans sa forme (indemnisation journalière proportionnelle pour les salariées, indemnisation forfaitaire et allocation forfaitaire pour les travailleuses indépendantes, allocation de remplacement pour les exploitantes agricoles, etc.).

Si certaines de ces spécificités répondent aux besoins des assurées au regard de leur activité professionnelle, ou à des choix de dispositifs spécifiques de solidarité comme le caractère forfaitaire du revenu de remplacement, il importe d'harmoniser et de renforcer les règles d'indemnisation pour permettre aux femmes, quel que soit leur statut ou leur activité professionnelle, de pouvoir cesser leur activité dans les meilleures conditions à l'occasion d'une naissance.

Les règles de calcul de l'indemnité journalière sont aujourd'hui globalement avantageuses pour les travailleuses indépendantes (notamment lorsque qu'elles ont un revenu faible ou moyen). Ce caractère avantageux est le corollaire d'une activité par nature plus incertaine et volatile, justifiant d'une solvabilisation publique accrue en cas d'interruption d'activité comme la maternité. Pour autant, ces règles, bien que plus favorables en termes de niveau d'indemnisation pour les travailleuses indépendantes, ne garantissent pas aujourd'hui une période d'arrêt suffisante pour la santé de la mère et de l'enfant. En effet, la durée minimale d'interruption d'activité (44 jours) est actuellement inférieure de 12 jours à celle des salariées, ce qui constitue une distorsion qu'il convient de lever au regard des impératifs de protection sanitaire pour la mère et l'enfant qui s'attachent à ce congé. Alors que les bénéfices en termes de santé publique des congés pré et postnataux sont reconnus, les travailleuses indépendantes sont soumises à des contraintes liées à la nécessité d'assurer la pérennité de leur activité et à une précarité plus forte, du fait de leurs revenus parfois instables, qui ne les incitent pas toujours à s'arrêter pendant une durée satisfaisante.

Les exploitantes agricoles peuvent bénéficier pour leur part d'une allocation de remplacement, visant à rémunérer l'emploi d'une personne pour les remplacer dans leurs travaux pendant la durée du congé de maternité (112 jours) afin de garantir la viabilité de l'exploitation. Cette allocation peut être demandée par les assurées du régime quel que soit leur statut (exploitantes, conjoint collaborateur ou aidant familial), si elles remplissent quatre conditions : participer de manière constante aux travaux de l'exploitation, justifier à la date de l'accouchement ou de l'adoption d'une durée de 10 mois d'affiliation, cesser son activité sur l'exploitation et être effectivement remplacées.

En réalité, 40% des exploitantes ne bénéficient pas de cette allocation, soit parce qu'elles n'en font pas la demande, malgré un renforcement de l'information sur ce dispositif assuré par les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA), 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 exploitantes ne peuvent donc arrêter totalement leur activité, au détriment de leur santé et celle de leur enfant.

L'acquittement de la CSG-CRDS constitue par ailleurs un frein au recours à l'allocation de remplacement. En effet, les exploitantes agricoles sont aujourd'hui redevables de la CSG-CRDS sur l'allocation de remplacement, ces contributions n'étant pas prélevées par précompte sur le salaire versé au remplaçant. Ce versement, qui peut représenter jusqu'à 1210€ pour un remplacement moyen de 101 jours, est dissuasif pour des exploitantes dont les revenus mensuels moyens s'élèvent à 797 € par mois.

Dès lors, une amélioration de l'indemnisation des exploitantes agricoles en cas de maternité semble nécessaire, dans une logique d'harmonisation inter-régime et d'équité.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise à porter la durée minimale d'arrêt à 8 semaines pour les travailleuses indépendantes et les exploitantes agricoles, dont 2 semaines de congé prénatal, à l'instar de celle fixée aux salariées pour pouvoir bénéficier d'une indemnisation de leur congé maternité.

En outre, les travailleuses indépendantes verront la durée de versement de leurs indemnités journalières augmenter. Un décret interviendra d'ici la fin de l'année pour porter la durée d'indemnisation maximale à 112 jours, soit une durée identique à celle prévue pour les salariés.

Pour les exploitantes agricoles bénéficiant de l'allocation de remplacement, il est proposé de supprimer le versement par l'exploitante agricole de la CSG-CRDS afin d'accroître l'attractivité de ce dispositif. 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 agricole n'ait pas à les reverser.

La mesure prévoit aussi d'instaurer une indemnité journalière pour les exploitantes agricoles en cas de maternité ou d'adoption, lorsque celles-ci ne peuvent pas bénéficier de l'allocation de remplacement. Les assurées continueront comme cela est le cas actuellement à faire une demande auprès de leur caisse pour bénéficier de l'allocation de remplacement. Dans le cas où la caisse ne trouverait pas de solution permettant un remplacement, elles pourront alors demander à bénéficier d'une indemnité journalière forfaitaire. Ainsi, l'allocation de remplacement demeure le dispositif privilégié, car le plus adapté aux contraintes des exploitantes agricoles. L'indemnité journalière, subsidiaire, permet néanmoins de garantir que toutes les assurées bénéficieront d'une indemnisation lors de leur maternité. Dans un objectif d'harmonisation, cette indemnité journalière sera forfaitaire, sur le modèle de celle des travailleuses indépendantes non agricoles et sur la même logique que l'indemnité journalière servie en cas de maladie aux exploitants agricoles. Cette mesure permettra, dans un objectif de préservation de la santé de la mère et de l'enfant, un arrêt effectif d'activité pour l'ensemble des exploitantes agricoles. La durée minimale d'interruption d'activité sera également portée à huit semaines comme pour les travailleuses indépendantes, dans un même objectif de préservation de la santé.

Cette indemnité journalière sera assujettie au même traitement social et fiscal que dans les autres régimes, à savoir à la CSG et à la CRDS, et soumise à impôt. Elle sera versée durant toute la cessation d'activité dans la limite de 112 jours.

b) Autres options possibles

Concernant les travailleuses indépendantes, une autre option aurait été d'aligner les règles de calcul des indemnités journalières (IJ) maternité sur celles prévalant pour les salariées en instaurant des indemnités journalières proportionnelles aux revenus. Ainsi, l'indemnité journalière maternité pourrait être calculée sur la base de la moyenne des revenus des trois dernières années afin de lisser l'effet des aléas ou sur l'année précédant la grossesse, dans la limite du PASS. La base de calcul de l'indemnité fondée sur les 3 dernières années ou sur la dernière année pourrait être rapportée à un revenu trimestriel servant de base au calcul de l'indemnité journalière. Toutefois, une telle option serait moins favorable qu'aujourd'hui pour un nombre important d'assurées dont les revenus d'activité sont inférieurs au montant des indemnités journalières forfaitaires.

De même, concernant les exploitantes agricoles, il aurait été envisageable de prévoir un choix entre l'allocation de remplacement et l'indemnité journalière. Cette solution a été écartée pour garder un caractère prioritaire à l'allocation de remplacement, plus à même de garantir la continuité de l'exploitation dans de bonnes conditions.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure s'inscrit dans le cadre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, en ce qu'elle a un impact direct sur les dépenses d'assurance maladie des régimes obligatoires de base.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAV, et de la caisse nationale déléguée à la sécurité sociale des travailleurs indépendants, les conseils de la CNAM, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général sont saisis pour avis en application des dispositions prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA sont parallèlement informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Cette mesure s'inscrit dans le sens des directives et travaux européens pour une amélioration des droits à congés maternité et parental dans le but de mieux concilier vie professionnelle et familiale tout en facilitant la participation des femmes au marché du travail (directive du parlement européen et du conseil portant modification de la directive

92/85/CEE du Conseil concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l’amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail, travaux en cours sur la directive équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et aidants).

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu’éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d’Etat, à l’égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l’Homme (CEDH) ?

Compte tenu de ce qui est indiqué au point précédent, les droits développés par la mesure sont pleinement compatibles avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l’ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La présente conduira à modifier les articles L. 623-1 du code de la sécurité sociale ainsi que les articles L. 732-10, L. 732-10-1 et L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La présente mesure ne nécessite pas d’abroger de dispositions obsolètes.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d’outre-mer

Départements et Régions d’Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
Collectivités d’Outre-mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Environ 1600 femmes exploitantes agricoles ont accouché en 2016, parmi les 134 000 exploitantes agricoles, avec une durée moyenne d’arrêt de 101 jours. La dépense totale du versement de l’allocation de remplacement pour les exploitantes agricoles s’est élevée à 16,8M€ en 2017. La majoration du montant de l’allocation de remplacement pour neutraliser l’impact de la CSG et à la CRDS au titre de l’allocation de remplacement représente un coût de 1M€. Si on estime un taux de recours à l’IJ de 40% (60% d’exploitantes agricoles bénéficiant à ce stade de l’allocation de remplacement), le coût lié à la création de l’IJ s’élève à 4M€, avec un montant forfaitaire de 54€ par jour, équivalent à celui perçu par les travailleuses indépendantes.

Les travailleuses indépendantes sont environ 970 000, tous statuts confondus, en 2017, et on dénombre 16 793 femmes ayant ont touché une allocation de repos maternel en 2017 (y compris conjointes collaboratrices). La durée moyenne d’arrêt au titre du congé maternité s’élève à 68 jours pour les travailleuses indépendantes. Le coût de l’allongement de 74 à 112 jours de la durée de versement maximum des indemnités journalières des travailleuses indépendantes, qui sera effectué par voie réglementaire, est évalué à 37M€, pour un montant journalier fixé à 54€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Travailleuses indépendantes – Allongement de la durée de versement de l'indemnité journalière à 112 jours		- 37	-37	-37	-37
MSA – IJ forfaitaire		- 4	- 4	- 4	-4
MSA – Neutralisation de la CSG / CRDS		-1	-1	-1	-1

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) impacts économiques

Cette mesure devrait lever un frein psychologique à l'installation des jeunes indépendantes et des exploitantes agricoles qui peuvent avoir des réticences à se lancer dans cette entreprise de peur de ne pas pouvoir concilier leur activité professionnelle avec l'arrivée d'un enfant et une vie de famille. Les femmes ne représentent ainsi que 34 % des cotisants des travailleurs indépendants. De même, elles constituent la moitié des effectifs dans l'enseignement agricole alors même que seules 30% des exploitations agricoles sont dirigées par des femmes. L'objectif est que la maternité des femmes ne soit pas un frein à l'installation et à la gestion de l'entreprise ou de l'exploitation agricole.

b) impacts sociaux

Cette mesure permettra de réduire les écarts existants entre femmes en cas de congé maternité car, contrairement aux affiliées d'autres régimes, les travailleuses indépendantes perçoivent au maximum des indemnités journalières sur une durée calculée sur 74 jours et les exploitantes agricoles ne pouvant être remplacées lors de leur grossesse ne bénéficient d'aucun revenu de remplacement.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure facilite l'activité agricole indépendante et aura ainsi un impact positif sur la mise en valeur des territoires ruraux.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

L'amélioration de la durée d'indemnisation du congé maternité des travailleuses indépendantes non agricoles et agricoles favorisera la conciliation entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle.

Selon le ministère de l'agriculture et de l'alimentation, 30 % des entreprises ou exploitations agricoles étaient, en 2016, dirigées ou codirigées par une femme, contre 8 % en 1970. Le nombre de femmes qui dirigent ou codirigent une entreprise agricole a augmenté de 25 % environ depuis 2005. Par ailleurs, les femmes représentent plus de la moitié des élèves de l'enseignement technique agricole et de l'enseignement supérieur. Si la part des femmes dans les personnes exploitantes agricoles a donc vocation à augmenter encore dans les prochaines années, elles doivent néanmoins faire face à de nombreuses contraintes, notamment relatives à la gestion de l'exploitation pendant une grossesse. Ces évolutions justifient très largement une amélioration du congé maternité pour limiter les effets d'une baisse d'activité et garantir plus de flexibilité dans le choix de l'indemnisation du congé.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure n'engendre pas de formalités supplémentaires pour les travailleuses indépendantes.

Concernant les exploitantes agricoles, elles devront à l'instar d'aujourd'hui faire la demande d'allocation de remplacement auprès de leur caisse. Dans le cas où la caisse ne trouverait pas de solution de remplacement, elles pourront bénéficier d'une indemnité journalière forfaitaire, sur le modèle de l'indemnité journalière maladie des exploitants agricoles.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Le paramétrage des systèmes d'information de la CNAM devra être adapté pour intégrer la nouvelle durée d'indemnisation des travailleuses indépendantes. De même, un ajustement modeste des outils de la CCMSA s'avèrera nécessaire.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La mesure nécessitera un décret d'application pour définir les modalités d'attribution et le montant de l'indemnité journalière des NSA, ainsi qu'un décret pour modifier la durée d'indemnisation des travailleuses indépendantes.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les organismes conventionnés et les caisses primaires d'assurance maladie, ainsi que les caisses de la MSA, assureront la transmission de l'information auprès respectivement des travailleuses indépendantes et des exploitantes agricoles.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un bilan annuel de suivi de la mesure sera demandé à la CNAM et à la MSA.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 623-1 actuel	Article L. 623-1 modifié
I. Les femmes auxquelles s'appliquent les dispositions du présent livre bénéficient à l'occasion de leurs maternités d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité. Lorsqu'elles cessent toute activité professionnelle pendant une durée minimale, dont une partie doit immédiatement précéder la date présumée de l'accouchement, les assurées reçoivent également une indemnité journalière forfaitaire. Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol bénéficient de l'indemnité journalière forfaitaire à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues par l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. II.-A l'occasion de la naissance d'un enfant, le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre bénéficient, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, d'indemnité journalières du même montant que celles mentionnées au deuxième alinéa du I. III.-Lorsqu'ils remplissent les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 161-6, et cessent à ce titre leur activité, les parents adoptifs ou accueillants auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre, bénéficient : 1° Sous réserve que l'autre parent n'en ait déjà bénéficié, d'une allocation forfaitaire de repos dont le montant est égal à la moitié de celle mentionnée au premier alinéa du I ; 2° D'indemnités journalières du même montant que celles mentionnées au deuxième alinéa du I versées pour la ou les périodes d'interruption d'activité se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de la prestation étant égale, sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-6, aux trois quarts de celle qui est prévue pour les indemnités mentionnées au deuxième alinéa du I. IV.-Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment le montant de l'allocation prévue au premier alinéa, les montants et les durées d'attribution de l'indemnité journalière prévue au deuxième alinéa, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.	I. - Les femmes assurées auxquelles s'appliquent les dispositions du présent livretitre bénéficient à l'occasion de leurs maternités, à condition de cesser leur activité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 : 1° d'une allocation forfaitaire de repos maternel ; 2° d'indemnités journalières forfaitaires. ~~Lorsqu'elles cessent toute activité professionnelle pendant une durée minimale, dont une partie doit immédiatement précéder la date présumée de l'accouchement, les assurées reçoivent également une indemnité journalière forfaitaire.~~ Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol bénéficient d'indemnités journalières forfaitaires à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues par l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. II.-A l'occasion de la naissance d'un enfant, le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre bénéficient, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, d'indemnité journalières du même montant que celles mentionnées au deuxième alinéa 2° du I. III.-Lorsqu'ils remplissent les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 161-6, et cessent à ce titre leur activité, les parents adoptifs ou accueillants auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre, bénéficient : 1° Sous réserve que l'autre parent n'en ait déjà bénéficié, d'une allocation forfaitaire de repos dont le montant est égal à la moitié de celle mentionnée au premier alinéa 1° du I ; 2° D'indemnités journalières du même montant que celles mentionnées au deuxième alinéa 2° du I versées pour la ou les périodes d'interruption d'activité se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de la prestation étant égale, sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-6, aux trois quarts de celle qui est prévue pour les indemnités mentionnées au deuxième alinéa 2° du I. IV.-Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment le montant de l'allocation prévue au premier alinéa 1° du I, les montants et les durées d'attribution de l'indemnité journalière prévue au deuxième alinéa 2° du I, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale

Les montants des prestations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées pour le plafond prévu à l'article L. 241-3.	de l'enfant. Les montants des prestations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées pour le plafond prévu à l'article L. 241-3.
Article L. 623-4 actuel	Article L. 623-4 modifié
En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre de l'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père auquel s'appliquent les dispositions du présent livre bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 622-3. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, d'indemnités journalières du même montant que celles mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 623-1, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle pendant cette durée, et, d'autre part, d'une allocation forfaitaire dont le montant est égal à celui de celle mentionnée au premier alinéa du même I lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère. Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit, dans des conditions fixées par décret. Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle lorsque les dispositions du présent livre s'appliquent à eux.	En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre de l'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père auquel s'appliquent les dispositions du présent livre bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 622-3. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, d'indemnités journalières du même montant que celles mentionnées au <u>deuxième alinéa 2°</u> du I de l'article L. 623-1, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle pendant cette durée, et, d'autre part, d'une allocation forfaitaire dont le montant est égal à celui de celle mentionnée au <u>premier alinéa 1°</u> du même I lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère. Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit, dans des conditions fixées par décret. Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle lorsque les dispositions du présent livre s'appliquent à eux.
L. 663-1 actuel	L. 663-1 modifié
En cas de maternité, paternité, d'accueil de l'enfant ou d'adoption les conjoints collaborateurs bénéficient, dans les conditions fixées par l'article L. 623-1, d'allocations forfaitaires de repos et, lorsqu'ils font appel à du personnel salarié pour se faire remplacer dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, d'indemnités complémentaires proportionnelles à la durée et au coût de ce remplacement. Un décret détermine, pour les conjoints des assurés mentionnés à l'article L. 646-1 et pour les conjoints des autres assurés auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre, les modalités d'application de l'alinéa précédent et notamment les montants des allocations et indemnités mentionnées à cet alinéa ainsi que les durées d'attribution de ces dernières. Les montants maximum des indemnités de remplacement et, pour les conjoints des assurés mentionnés à l'article L. 646-1, des allocations forfaitaires sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées par les articles L. 3231-4 et L. 3231-5 du code du travail pour le salaire minimum de croissance.	En cas de maternité, paternité, d'accueil de l'enfant ou d'adoption les conjoints collaborateurs bénéficient, dans les conditions fixées par l'article L. 623-1, d'allocations forfaitaires de repos et, lorsqu'ils font appel à du personnel salarié pour se faire remplacer dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, d'indemnités complémentaires <u>proportionnelles à la durée et au coût de ce remplacement</u>. Un décret détermine, pour les conjoints des assurés mentionnés à l'article L. 646-1 et pour les conjoints des autres assurés auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre, les modalités d'application de l'alinéa précédent et notamment les montants des allocations et indemnités mentionnées à cet alinéa ainsi que les durées d'attribution de ces dernières. Les montants maximum des indemnités de remplacement et, pour les conjoints des assurés mentionnés à l'article L. 646-1, des allocations forfaitaires sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées par les articles L. 3231-4 et L. 3231-5 du code du travail pour le salaire minimum de croissance. Sans préjudice des dispositions du premier alinéa de

Sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-6, la durée maximale d'attribution des indemnités complémentaires de remplacement est égale, pour les conjoints qui adoptent ou accueillent un enfant dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa du même article, à la moitié de celle prévue en cas de maternité.	l'article L. 161-6, la durée maximale d'attribution des indemnités complémentaires de remplacement est égale, pour les conjoints qui adoptent ou accueillent un enfant dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa du même article, à la moitié de celle prévue en cas de maternité.
Article L. 722-10 actuel	Article L. 722-10 modifié
Les dispositions relatives à l'assurance obligatoire maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles sont applicables, sous réserve des traités et accords internationaux : 1° Aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 722-4 à condition que l'exploitation ou l'entreprise soit située sur le territoire métropolitain et qu'elle ait au moins l'importance définie à l'article L. 722-5, sous réserve des dérogations prévues aux articles L. 722-6 et L. 722-7. Sont assimilées aux chefs d'exploitation mentionnés à l'alinéa précédent pour le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, les personnes ayant cessé leur activité non salariée agricole et qui répondent à des conditions d'âge et de durée d'activité professionnelle fixées par décret. Le maintien de ces droits leur est assuré jusqu'à l'âge auquel elles peuvent prétendre à bénéficier de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18 ; 2° Aux aides familiaux non salariés et associés d'exploitation, définis par l'article L. 321-6, des chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1°. Par aides familiaux, on entend les ascendants, descendants, frères, 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. La personne qui devient aide familial à compter du 18 mai 2005 ne peut conserver cette qualité plus de cinq ans ; 3° Aux anciens exploitants et à leurs conjoints titulaires de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18, ainsi qu'aux titulaires de la pension de retraite forfaitaire prévue à l'article L. 732-34 ; 4° a) Aux personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé en application de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5, sous réserve qu'ils ne soient pas couverts à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie, maternité ; b) Aux enfants qui remplissent les conditions mentionnées à l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale. Sont assimilés aux enfants de moins de seize ans : - ceux de moins de vingt ans qui poursuivent leurs études, cette limite d'âge pouvant être reculée dans des conditions fixées par voie réglementaire pour les enfants ayant dû interrompre leurs études pour cause de	Les dispositions relatives à l'assurance obligatoire maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles sont applicables, sous réserve des traités et accords internationaux : 1° Aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 722-4 à condition que l'exploitation ou l'entreprise soit située sur le territoire métropolitain et qu'elle ait au moins l'importance définie à l'article L. 722-5, sous réserve des dérogations prévues aux articles L. 722-6 et L. 722-7. Sont assimilées aux chefs d'exploitation mentionnés à l'alinéa précédent pour le bénéfice de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité ~~des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité~~, les personnes ayant cessé leur activité non salariée agricole et qui répondent à des conditions d'âge et de durée d'activité professionnelle fixées par décret. Le maintien de ces droits leur est assuré jusqu'à l'âge auquel elles peuvent prétendre à bénéficier de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18 ; 2° Aux aides familiaux non salariés et associés d'exploitation, définis par l'article L. 321-6, des chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1°. Par aides familiaux, on entend les ascendants, descendants, frères, 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. La personne qui devient aide familial à compter du 18 mai 2005 ne peut conserver cette qualité plus de cinq ans ; 3° Aux anciens exploitants et à leurs conjoints titulaires de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18, ainsi qu'aux titulaires de la pension de retraite forfaitaire prévue à l'article L. 732-34 ; 4° a) Aux personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé en application de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5, sous réserve qu'ils ne soient pas couverts à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie, maternité ; b) Aux enfants qui remplissent les conditions mentionnées à l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale. Sont assimilés aux enfants de moins de seize ans : - ceux de moins de vingt ans qui poursuivent leurs études, cette limite d'âge pouvant être reculée dans des conditions fixées par voie réglementaire pour les enfants

maladie, - ceux de moins de vingt ans qui sont, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunératrice, - ceux de moins de vingt ans qui bénéficient de l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale ; 5° Aux membres non salariés de toute société, quelles qu'en soient la forme et la dénomination, lorsque ces membres consacrent leur activité, pour le compte de la société, à une exploitation ou entreprise agricole située sur le territoire métropolitain, lesdites sociétés étant assimilées, pour l'application du présent régime, aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° ; 6° Aux titulaires des pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1er avril 2002 ; 7° Aux titulaires des rentes mentionnées à l'article L. 752-6.	ayant dû interrompre leurs études pour cause de maladie, - ceux de moins de vingt ans qui sont, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunératrice, - ceux de moins de vingt ans qui bénéficient de l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale ; 5° Aux membres non salariés de toute société, quelles qu'en soient la forme et la dénomination, lorsque ces membres consacrent leur activité, pour le compte de la société, à une exploitation ou entreprise agricole située sur le territoire métropolitain, lesdites sociétés étant assimilées, pour l'application du présent régime, aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° ; 6° Aux titulaires des pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1er avril 2002 ; 7° Aux titulaires des rentes mentionnées à l'article L. 752-6.
Article L.732-10 actuel	Article L.732-10 modifié
L'assurance prévue à la présente section prend en charge la couverture des frais exposés par les personnes du sexe féminin mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 pour 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'allocation de remplacement est accordée aux femmes mentionnées au premier alinéa dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions fixées par décret.	<i>L'assurance prévue à la présente section prend en charge la couverture des frais exposés par les personnes du sexe féminin mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 pour 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.</i> <i>L'allocation de remplacement est accordée aux femmes mentionnées au premier alinéa dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions fixées par décret.</i> Les assurées mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10, qui cessent leur activité en raison de leur maternité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale, bénéficient, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié, d'une allocation de remplacement pour couvrir les frais exposés par leur remplacement dans les travaux de l'exploitation agricole. Lorsque le remplacement prévu au premier alinéa ne peut pas être effectué, les assurées mentionnées au 1° de l'article L. 722-10 du présent code qui cessent leur activité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale bénéficient dans des conditions déterminées par décret, d'indemnités journalières forfaitaires. L'allocation de remplacement ou les indemnités journalières sont accordées à compter du premier jour de leur arrêt de travail, dans des conditions fixées par décret, aux assurées mentionnées aux premier et deuxième alinéas dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol.
Article L.732-10-1 actuel	Article L.732-10-1 modifié

Lorsqu'elles adoptent ou accueillent un enfant dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 161-6 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 bénéficient, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux de l'exploitation agricole, d'une allocation de remplacement. Les durées maximales d'attribution de l'allocation sont, sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-6 du code de la sécurité sociale, celles prévues à l'article L. 331-7 du même code.	<i>Lorsqu'elles</i> Lorsque les assurés adoptent ou accueillent un enfant dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 161-6 du code de la sécurité sociale, les ~~personnes~~assurés mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 bénéficient, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux de l'exploitation agricole, d'une allocation de remplacement ou, des indemnités journalières prévues au deuxième alinéa de l'article L.732-10, attribuées sans condition de durée minimale d'interruption d'activité. Les durées maximales d'attribution de l'allocation de remplacement ou des indemnités journalières sont, sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-6 du code de la sécurité sociale, celles prévues à l'article L. 331-7 du même code.
Article L. 732-12-2 actuel	Article L. 732-12-2 modifié
En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père, lorsqu'il appartient à l'une des catégories mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10, bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 732-15. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'allocation prévue à l'article L. 732-10, sous réserve qu'il cesse toute activité sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole. Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit, dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 331-5 du code de la sécurité sociale. Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, sous réserve qu'il appartienne aux catégories mentionnées au premier alinéa du présent article.	En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père, lorsqu'il appartient à l'une des catégories mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10, bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 732-15. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'allocation ~~prévue de remplacement ou des indemnités journalières~~ prévues à l'article L. 732-10, sous réserve qu'il cesse toute activité sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole. Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit, dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 331-5 du code de la sécurité sociale. Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'allocation de remplacement ou des indemnités journalières, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, sous réserve qu'il appartienne aux catégories mentionnées au premier alinéa du présent article.

Article 48 - Mesures en faveur des travailleurs indépendants (2/2) : convergence des règles en matière de prestations en espèces vers le régime général

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les travaux menés pour préparer la reprise de la gestion des prestations maladie et maternité des travailleurs indépendants par la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) suite à la suppression du régime social des indépendants ont mis en lumière la nécessité d'aligner, lorsque cela apparaît opportun, les règles entre travailleurs indépendants et salariés concernant plus particulièrement les indemnités journalières maladie et maternité, afin d'éviter une complexité excessive dans l'accès aux droits pour les travailleurs indépendants. Actuellement, le bénéfice des indemnités journalières maladie et maternité est ouvert lorsque l'assuré justifie d'un arrêt de travail, d'un an d'affiliation en tant que travailleur indépendant et d'être à jour du paiement des cotisations annuelles. Dans le cadre de la reprise de la gestion de la protection sociale des travailleurs indépendants par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), afin de faciliter la gestion des indemnités journalières des travailleurs indépendants par les caisses primaires d'assurance maladie et de simplifier les règles applicables aux indemnités journalières, il apparaît opportun de prendre une mesure législative pour supprimer cette condition d'être à jour des cotisations à compter de 2019. Toutefois, les indemnités journalières seront calculées à compter de 2020 à partir du revenu sur lequel l'assuré aura effectivement acquitté ses cotisations (et non celui sur lesquelles elles auront été appelées), de façon à maintenir une incitation au versement des cotisations.

Par ailleurs, actuellement, seuls les travailleurs indépendants bénéficiant d'une pension d'invalidité totale et définitive (équivalente aux catégories 2 et 3 pour les salariés) se voient attribuer automatiquement une pension de vieillesse au taux plein. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité partielle au métier (équivalente à la pension de catégorie 1 pour les salariés) doivent en revanche être reconnus inaptes par le médecin conseil pour pouvoir bénéficier d'une pension à taux plein. La présente mesure mettra fin dès 2019 à cette dissymétrie entre salariés et indépendants en étendant aux travailleurs indépendants bénéficiaires d'une pension d'invalidité l'attribution automatique de la pension de vieillesse allouée en cas d'incapacité au travail, donc à taux plein, quelle que soit la catégorie de la pension d'invalidité, comme pour les salariés.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Afin de parachever l'intégration du régime social des indépendants au régime général, il est proposé dès le 1^{er} janvier 2019 :

- de simplifier les conditions d'ouverture de droit pour le bénéfice des indemnités journalières maladie et maternité en supprimant la condition d'être à jour des cotisations pour bénéficier de ces prestations. Afin de conserver la contributivité inhérente aux prestations de sécurité sociale, seront pris en compte pour le calcul des indemnités journalières maladie et maternité les revenus sur lesquels l'assuré a effectivement payé ses cotisations. Demeurera ainsi un mécanisme incitatif au versement des cotisations s'agissant de prestations en espèces de nature contributive, avec un ajustement du droit en fonction des cotisations réellement acquittées par le travailleur indépendant. Pour des raisons techniques, cette dernière mesure sera mise en œuvre en 2020 ;
- d'octroyer automatiquement la pension de retraite pour incapacité aux travailleurs indépendants bénéficiaires d'une pension d'invalidité quelle que soit leur catégorie, sur le modèle des salariés. Cette mesure entrera en vigueur dès le 1^{er} janvier 2019.

b) Autres options possibles

Le maintien de règles distinctes pour les travailleurs indépendants et les salariés, pour les conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières, ou l'octroi d'une pension de retraite pour incapacité, conduirait à complexifier la gestion de ces dispositifs pour la CNAM, alors que la reprise de la gestion de la protection sociale des travailleurs indépendants doit avoir lieu à compter de 2019.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Compte tenu de leurs impacts financiers pour l'année à venir ainsi que sur les années ultérieures, les mesures de simplification portant sur les prestations sociales des travailleurs indépendants entrent dans le champ du 2^e du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAV et de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, les conseils de la CNAM, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France. En effet l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des Etats membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les Etats membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure conduira à modifier les articles L. 622-3, L. 632-1 et L. 646-4.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Départements et Régions d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
Collectivités d'Outre-mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût de la suppression de la condition d’être à jour des cotisations pour le bénéfice des IJ maladie et maternité est estimé à 18 M€ (13M€ pour la maladie et 5 M€ pour la maternité) en 2019. Ce coût sera compensé à compter de 2020 par la modification de la base de calcul de l’indemnité journalière, qui reposera sur les cotisations effectivement acquittées.

Le coût de l’extension de l’attribution de la pension de retraite à taux plein pour les assurés bénéficiant d’une pension d’invalidité partielle au métier représentera 0,2M€, 99% de ces assurés obtenant la reconnaissance d’inaptitude par le médecin conseil.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
CNAM		- 18,2	-0,2	-0,2	-0,2

P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. 2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d’égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Cette mesure accroît les droits des travailleurs indépendants en cas de maladie ou d’invalidité en les traitant, conformément aux principes de la réforme du régime social des indépendants portée par l’article 15 de la LFSS pour 2018, dans des conditions similaires aux salariés.

• Impact sur les jeunes

Sans objet

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Cette mesure améliore l’accès aux droits des travailleurs indépendants invalides, en leur permettant de bénéficier automatiquement de la retraite pour inaptitude, quelle que soit leur catégorie, sans avoir à effectuer une demande et à réaliser un examen complémentaire à celui ou ceux déjà réalisés avec le médecin conseil au titre de l’attribution de la pension d’invalidité.

c) impacts sur l’environnement

Sans objet

d) impacts sur l’égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Mesures de simplification d’accès au droit qui n’engendrent aucune démarche supplémentaire de la part de l’assuré. Elles suppriment pour les travailleurs indépendants en invalidité l’obligation existante aujourd’hui de réalisation d’un examen par le médecin conseil pour l’accès à la retraite pour inaptitude.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Il est prévu que l'ACOSS développe une fonctionnalité de son système d'information afin de pouvoir transmettre à la CNAM à compter de 2020 les revenus effectivement cotisés servant de base au calcul des indemnités journalières maladie et maternité. La CNAM adaptera quant à elle son système d'information afin de recueillir les éléments transmis par l'ACOSS et liquider les indemnités journalières des travailleurs indépendants selon ces nouvelles dispositions.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La présente mesure nécessite de prendre un décret simple.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Aucun délai de mise en œuvre et aucune mesure transitoire ne sont nécessaires s'agissant de la suppression de la condition d'être à jour des cotisations pour les travailleurs indépendants, la bascule sur la référence aux revenus effectivement cotisés pour établir le calcul des indemnités journalières intervenant à compter de 2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses primaires assureront l'information nécessaire auprès des travailleurs indépendants.

d) Suivi de la mise en œuvre

Pas	de	suivi	spécifique.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 622-3 actuel	Article L. 622-3 modifié
Pour bénéficier, le cas échéant, du règlement des prestations en espèces pendant une durée déterminée, l'assuré doit justifier d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations et être à jour de ses cotisations annuelles dans des conditions fixées par décret. Le défaut de versement des cotisations ne suspend le bénéfice des prestations qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la date d'échéance. Cependant, en cas de paiement plus tardif, il peut, dans un délai déterminé, faire valoir ses droits aux prestations, mais le règlement ne peut intervenir que si la totalité des cotisations dues a été acquittée avant l'expiration du même délai. Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application du livre VI du code de commerce ou lorsque la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la commission de recours amiable de la caisse du régime social des indépendants accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux prestations à compter du prononcé du jugement ou de la prise de décision desdites commissions, dès lors qu'il s'acquitte régulièrement des cotisations dues selon l'échéancier prévu ainsi que des cotisations en cours. L'assuré dont l'entreprise a fait l'objet d'une liquidation judiciaire et qui ne remplit plus les conditions pour relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire peut bénéficier à compter du jugement de liquidation judiciaire des dispositions de l'article L. 161-8. L'assuré qui devient titulaire d'une allocation ou d'une pension de vieillesse et dont les cotisations dues au régime obligatoire d'assurance maladie au titre de la période d'activité professionnelle non salariée non agricole ont été admises en non-valeur peut faire valoir son droit aux prestations. L'assuré qui reprend une activité non salariée non agricole postérieurement à une liquidation judiciaire clôturée pour insuffisance d'actif et à une admission en non-valeur des cotisations dues peut faire valoir son droit aux prestations à compter du début de sa nouvelle activité, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à la condition de ne pas avoir fait l'objet d'un précédent jugement de clôture pour insuffisance d'actif. Les cotisations visées dans ce cas sont celles dues par l'assuré, au titre de la reprise d'une activité non salariée non agricole.	Pour bénéficier, ~~le cas échéant,~~ du règlement des prestations en espèces au titre de l'assurance maladie et maternité, pendant une durée déterminée, ~~l'assuré~~les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 doivent justifier, dans des conditions fixées par décret, d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations ~~et être à jour de ses cotisations annuelles dans des conditions fixées par décret.~~ Le revenu d'activité pris en compte pour le calcul de ces prestations est celui correspondant à l'assiette sur la base de laquelle l'assuré s'est effectivement acquitté, à la date de l'arrêt de travail, des cotisations mentionnées à l'article L. 621-1. ~~Le défaut de versement des cotisations ne suspend le bénéfice des prestations qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la date d'échéance. Cependant, en cas de paiement plus tardif, il peut, dans un délai déterminé, faire valoir ses droits aux prestations, mais le règlement ne peut intervenir que si la totalité des cotisations dues a été acquittée avant l'expiration du même délai.~~ ~~Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application du livre VI du code de commerce ou lorsque la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la commission de recours amiable de la caisse du régime social des indépendants accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux prestations à compter du prononcé du jugement ou de la prise de décision desdites commissions, dès lors qu'il s'acquitte régulièrement des cotisations dues selon l'échéancier prévu ainsi que des cotisations en cours.~~ ~~L'assuré dont l'entreprise a fait l'objet d'une liquidation judiciaire et qui ne remplit plus les conditions pour relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire peut bénéficier à compter du jugement de liquidation judiciaire des dispositions de l'article L. 161-8.~~ ~~L'assuré qui devient titulaire d'une allocation ou d'une pension de vieillesse et dont les cotisations dues au régime obligatoire d'assurance maladie au titre de la période d'activité professionnelle non salariée non agricole ont été admises en non-valeur peut faire valoir son droit aux prestations.~~ ~~L'assuré qui reprend une activité non salariée non agricole postérieurement à une liquidation judiciaire clôturée pour insuffisance d'actif et à une admission en non-valeur des cotisations dues peut faire valoir son droit aux prestations à compter du début de sa nouvelle activité, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à la condition de ne pas avoir fait l'objet d'un précédent jugement de clôture pour insuffisance d'actif. Les cotisations visées dans ce cas sont celles dues par l'assuré, au titre de la reprise~~

	<i>d'une activité non salariée non agricole.</i>
Article L. 632-1 actuel	Article L. 632-1 modifié
Le régime invalidité-décès des personnes mentionnées à l'article L. 631-1 attribue aux personnes affiliées une pension en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement constatée par le service du contrôle médical des caisses d'assurance maladie auxquelles elles sont rattachées. La première phrase du premier alinéa et le deuxième alinéa de l'article L. 341-15 ainsi que l'article L. 341-16 sont applicables aux personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. Les cotisations au régime obligatoire mentionné au premier alinéa sont calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base d'assurance vieillesse. Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret et sont calculées dans la limite d'un plafond fixé par décret.	Le régime invalidité-décès des personnes mentionnées à l'article L. 631-1 attribue aux personnes affiliées une pension en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement constatée par le service du contrôle médical des caisses d'assurance maladie auxquelles elles sont rattachées. ~~La première phrase du premier alinéa et le deuxième alinéa~~ Les deux premiers alinéas de l'article L. 341-15 ainsi que l'article L. 341-16 sont applicables aux personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. Les cotisations au régime obligatoire mentionné au premier alinéa sont calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base d'assurance vieillesse. Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret et sont calculées dans la limite d'un plafond fixé par décret.
Article L. 646-4 actuel	Article L. 646-4 modifié

En cas de maternité, d'adoption, de paternité ou d'accueil de l'enfant, les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 646-1 ont droit, dans les conditions mentionnées au 2° du II de l'article L. 313-1, à des allocations et indemnités attribuées selon les dispositions des articles L. 623-1, L. 623-5 et L. 646-5. Un décret détermine les modalités d'application de l'alinéa précédent et notamment les montants des allocations et indemnités mentionnées à cet alinéa ainsi que les durées d'attribution de ces dernières. En cas de décès, leurs ayants droits bénéficient, dans les conditions mentionnées au 2° du II de l'article L. 313-1 et aux articles L. 361-4 et L. 361-6, du versement d'un capital correspondant à une fraction, fixée par décret, du montant du revenu ayant servi de base au calcul de la cotisation de l'intéressé dans la limite du plafond prévu à l'article L. 241-3. Les prestations sont servies par les caisses primaires d'assurance maladie. Elles cessent d'être accordées suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat : 1°) au cas où la convention ou l'adhésion personnelle liant le praticien ou l'auxiliaire médical cesse d'avoir effet ; 2°) en cas de cessation, par l'intéressé, de l'exercice non salarié de sa profession ; 3°) pendant la durée de toute sanction prononcée par la juridiction compétente à l'encontre de l'intéressé et comportant l'interdiction, pour une durée supérieure à trois mois, de donner des soins aux assurés sociaux. Les prestations en espèces ne sont accordées que si les cotisations échues ont été versées par l'assuré avant l'ouverture du risque.	En cas de maternité, d'adoption, de paternité ou d'accueil de l'enfant, les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 646-1 ont droit, dans les conditions mentionnées au 2° du II de l'article L. 313-1, à des allocations et indemnités attribuées selon les dispositions des articles L. 623-1, L. 623-5 et L. 646-5. Un décret détermine les modalités d'application de l'alinéa précédent et notamment les montants des allocations et indemnités mentionnées à cet alinéa ainsi que les durées d'attribution de ces dernières. En cas de décès, leurs ayants droits bénéficient, dans les conditions mentionnées au 2° du II de l'article L. 313-1 et aux articles L. 361-4 et L. 361-5 ~~L. 361-6~~, du versement d'un capital correspondant à une fraction, fixée par décret, du montant du revenu ayant servi de base au calcul de la cotisation de l'intéressé dans la limite du plafond prévu à l'article L. 241-3. Les prestations sont servies par les caisses primaires d'assurance maladie. Elles cessent d'être accordées suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat : 1°) au cas où la convention ou l'adhésion personnelle liant le praticien ou l'auxiliaire médical cesse d'avoir effet ; 2°) en cas de cessation, par l'intéressé, de l'exercice non salarié de sa profession ; 3°) pendant la durée de toute sanction prononcée par la juridiction compétente à l'encontre de l'intéressé et comportant l'interdiction, pour une durée supérieure à trois mois, de donner des soins aux assurés sociaux. Les prestations en espèces ne sont accordées que si les cotisations échues ont été versées par l'assuré avant l'ouverture du risque.
Article n°20-10-2 (actuel) de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	Article n°20-10-2 (modifié) de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte
Pour avoir droit aux indemnités journalières mentionnées au 7° quinquies de l'article 20-1, l'assuré doit : 1° Etre affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte depuis au moins un an ; 2° Etre à jour des cotisations prévues aux articles 28-3 et 28-4. La durée maximale de versement, le délai de carence et les modalités de détermination du montant de l'indemnité journalière sont fixés par décret.	Pour avoir droit aux indemnités journalières mentionnées au 7° quinquies de l'article 20-1, l'assuré doit : 1° Etre affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte depuis au moins un an ; ~~2° Etre à jour des cotisations prévues aux articles 28-3 et 28-4.~~ La durée maximale de versement, le délai de carence et les modalités de détermination du montant de l'indemnité journalière sont fixés par décret.

Article 49 - Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La récupération des prestations indûment versées par les caisses de sécurité sociale constitue un enjeu financier important, récemment rappelé dans le cadre de la renégociation des conventions d'objectifs et de gestion signées pour la période 2018-2022 avec les différentes branches prestataires du régime général, qui ont fixé des objectifs ambitieux d'amélioration du recouvrement des indus de prestations à la CNAF et à la CNAM.

Ainsi, pour la branche famille, l'objectif en 2022 est de 86,6 % de recouvrement des indus non frauduleux et 62,3 % des indus frauduleux constatés.

La branche maladie, quant à elle, devra, sur la période COG, augmenter de 6 points le taux de recouvrement des indus frauduleux pour le porter à 58,73 % en 2022.

Cet enjeu majeur s'inscrit par ailleurs pleinement dans le cadre des objectifs recherchés par les pouvoirs publics à travers le chantier de la juste prestation et la mission confiée à Mme la députée Christine CLOAREC. En effet, en complément de la lutte contre le non-recours aux prestations et de la prise en compte de ressources des allocataires plus contemporaines, les efforts doivent être également poursuivis en matière de réduction du volume des indus générés du fait d'erreurs dans le calcul des droits, ainsi que de meilleur recouvrement de ces indus. Cette démarche d'amélioration de l'efficacité des procédures doit aller de pair avec l'accroissement de leur lisibilité pour les assurés et allocataires ainsi que par une meilleure prise en compte de leurs ressources, pour adapter le recouvrement et notamment son cadencement au plus près des capacités de remboursement des personnes.

En l'état du droit, diverses dispositions permettent de recouvrer :

- auprès des professionnels de santé, les indus résultant de l'inobservation des règles de tarification ou de facturation (article L. 133-4 du code de la sécurité sociale) ;
- auprès des assurés, les indus constitués au titre :
 - de l'assurance maladie et du risque accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), y compris en cas de dispense d'avance des frais (cf. article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale) ;
 - des pensions de retraite ou d'invalidité (cf. pour le régime général, article L. 355-3 du même code) ;
 - des prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales (cf. notamment article L. 553-2 du même code).

S'agissant de ces dernières prestations, le mécanisme de fongibilité du recouvrement des indus, introduit par la LFSS pour 2010 et qui permet, par exemple, de récupérer un indu de prestation familiale sur un indu d'aide personnelle au logement, a facilité la gestion du recouvrement par les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole. Conjugué à l'application d'un plan de recouvrement personnalisé qui joue un rôle social en préservant les capacités financières des allocataires, ce mécanisme permet d'obtenir des taux de recouvrement élevés tout en évitant au maximum le recours au recouvrement forcé et en s'adaptant au plus près de la situation du foyer, en termes de ressources, de composition familiale, de charges de logement. La retenue sur prestation versée est ainsi la modalité de recouvrement privilégiée de la branche famille (81,7 % du recouvrement en 2017), loin devant le versement par le débiteur (10,7 %). Les autres modalités constituent la part non financière du recouvrement (annulations, admissions en non-valeur et remises de dettes) et représentent 7,6 % du total.

En revanche, aucune disposition ne permet de recouvrer l'indu constitué au titre d'une branche (maladie, vieillesse, famille) sur les prestations versées par une autre branche. Il en résulte que lorsque les indus ne peuvent être recouvrés sur les prestations à échoir (par exemple parce que le droit à prestation a pris fin), seul le recouvrement forcé (mise en demeure de payer suivie, si cette mise en demeure est restée sans effet, de la possibilité de délivrer une contrainte) peut être mis en œuvre, procédure qui, par sa nature même met nécessairement le débiteur dans une situation difficile. La contrainte comporte tous les effets d'un jugement et permet notamment de procéder à des saisies sur les biens immobiliers, les rémunérations et les comptes bancaires - étant rappelé que dans ce dernier cas, la quasi-totalité du compte peut être saisie, seule une somme équivalente au montant du revenu de solidarité active pour une personne seule devant être laissée à la disposition du débiteur (article L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution).

Or, si le débiteur perçoit des prestations d'une autre branche, il serait possible d'éviter le recouvrement forcé en appliquant une retenue sur ces prestations, avec une adaptation du rythme de récupération à la situation financière de la personne. Ainsi et à titre d'illustration, un indu généré au titre du remboursement de frais de santé pourrait être plus aisément recouvré par la CAF par retenue progressive sur le versement de prestations familiales.

Pour le seul régime général, le stock d'indus restant à recouvrer à la clôture de l'exercice 2017, net de dépréciation, s'élève à 1,4 Md€ pour la branche famille, 598,1 M€ pour la branche maladie et 220,1 M€ pour la branche vieillesse, soit un total de 2,2 Md€. Cette possibilité de mutualisation entre branches permettrait une amélioration notable des performances de recouvrement sur indus de prestations.

Par ailleurs, si le droit existant prévoit d'ores et déjà la possibilité de recouvrer les prestations versées à tort aux bénéficiaires de la CMU-c, aucune disposition ne prévoit en revanche les modalités de ce recouvrement. Il convient de rendre pleinement effective cette possibilité.

Enfin, il importe de faire évoluer la législation existante dans certains cas de fraudes aux prestations familiales afin de renforcer la performance du recouvrement en la matière. En effet, le droit actuel est caractérisé par un même cadre applicable au recouvrement des indus frauduleux et non frauduleux, alors même que la récupération des indus frauduleux devrait nécessiter l'activation d'un processus accéléré, avec un rythme différencié de recouvrement auprès de l'allocataire par rapport aux situations de simple erreur de ce dernier ou de l'organisme.

Parallèlement, dans les différents cas où ils assurent l'avance des frais au profit des bénéficiaires de la CMU-c ou de l'ACS, les organismes d'assurance maladie peuvent éprouver des difficultés à obtenir des organismes complémentaires le remboursement des sommes ainsi avancées. Pour les factures 2015-2016, le solde des créances de CMU-c à recouvrer s'élevait à plus de 11 M€ au 31 janvier 2018. Pour les factures 2017, ce solde était de plus de 40 M€ au 31 mars 2018, soit un total de près de 52 M€. Il importe donc de renforcer également le droit existant en la matière. Conjuguée aux évolutions législatives relatives à la récupération des prestations versées à tort, cette disposition participera à l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La mesure proposée poursuit plusieurs objectifs :

- **Faciliter le recouvrement des prestations indûment versées par les organismes de sécurité sociale**

Deux types de dispositions concourent à cet objectif :

Une disposition portant sur l'ensemble des prestations légales versées par les organismes de sécurité sociale

La réforme ouvre la possibilité de récupérer l'indu constitué auprès d'un organisme de sécurité sociale sur l'ensemble des prestations en espèces versées par ces mêmes organismes et dont bénéficie le débiteur. Il en sera notamment ainsi lorsque la prestation au titre de laquelle l'indu a été constitué n'est plus due ou lorsque son montant est insuffisant pour permettre la récupération de l'indu. La possibilité de récupérer un indu de prestations en espèces sur des prestations en nature n'est en revanche pas ouverte, afin de sécuriser la situation de la personne.

A titre d'exemple, une prise en charge des frais de santé indûment accordée pourra, en l'absence d'autres prestations versées au titre de l'assurance maladie, être récupérée sur les prestations familiales du débiteur ou sur sa pension de retraite. Entrent dans le champ de la fongibilité inter-branches pour le recouvrement des indus sur des prestations en espèce :

- les prestations versées par les organismes d'assurance maladie au titre :
 - des revenus de remplacement (indemnités journalières ou autres allocations) versés en cas d'arrêt de travail lié à la maladie, la maternité (y compris le congé de paternité) ou au risque AT-MP ;
 - des pensions versées en cas d'invalidité (y compris allocation supplémentaire d'invalidité) ;
 - de l'indemnité en capital ou de la rente AT-MP ;

La prise en charge des frais de santé n'entrent pas dans le périmètre des prestations concernées par la mesure.

- les prestations versées par les organismes de retraite : pension de droit direct (y compris allocation de solidarité aux personnes âgées) et pension de réversion ;

- les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales : prestations familiales et prestations versées pour le compte soit de l'Etat (aides personnelles au logement, allocation aux adultes handicapés, prime d'activité), soit du département (revenu de solidarité active).

Ainsi, dans le régime général, l'organisme de sécurité sociale auprès duquel l'indu a été généré pourra, lorsque cet indu n'aura pu faire l'objet d'un recouvrement soit par paiement direct du débiteur, soit par retenue sur prestation versée, demander à un autre organisme de sécurité sociale versant des prestations à ce même débiteur (situation dont l'organisme délégant pourra avoir connaissance par consultation du répertoire national commun de la protection sociale - RNCPS - qui contient l'information sur l'existence ou non de prestations versées à un individu) d'assurer la gestion déléguée du recouvrement des montants indûment versés, par retenue sur les prestations à échoir.

Cette procédure sera mise en œuvre après information du débiteur et acceptation de sa part – étant à cet égard rappelé que la loi **du 10 août 2018 pour un Etat au service d'une société de confiance habilite le Gouvernement à procéder par voie d'ordonnance pour harmoniser le contenu des notifications d'indus et permettre aux débiteurs d'exercer un droit de rectification.**

En outre, cette gestion déléguée s'effectuera dans le cadre des dispositions applicables à l'organisme délégataire, ainsi que dans le respect des dispositions transversales s'appliquant au recouvrement par les organismes de sécurité sociale, notamment issues du code des procédures civiles d'exécution. A titre d'illustration, la délégation de gestion d'un indu de prestations de santé par une CPAM à une CAF s'effectuera dans le respect des dispositions du plan de recouvrement personnalisé (PRP) applicable au recouvrement par les CAF, qui prévoit que le montant des retenues sur prestations tient compte de la composition du foyer, de ses ressources, de ses charges de logement et des prestations servies par ailleurs. Dès lors, le processus de recouvrement par délégation de gestion à la CAF n'induit pas de dégradation de la prise en compte de la situation sociale des allocataires.

Bien au contraire, ce mécanisme de mutualisation permettra en pratique, puisque compte tenu de la nature des prestations qu'elles versent, marqué par une plus grande stabilité que des remboursements de frais de santé ou le versement de prestations en cas d'arrêt de travail, les CAF seront les organismes les plus sollicités dans le cadre de ce dispositif par les autres branches, une amélioration du caractère protecteur des règles de recouvrement en cas d'indus pour les bénéficiaires de minima sociaux comme le RSA ou l'AAH. Alors qu'aujourd'hui, un allocataire de ces prestations se verra, en l'absence de prestations ou remboursements de soins versés par ailleurs par la CPAM, réclamer le remboursement en une fois d'un indu de frais de santé ou d'indemnité journalière, avec en cas d'impossibilité d'acquitter l'engagement des actions de recouvrement pouvant déboucher sur une saisine sur compte bancaire ou une saisie de biens immobiliers, cet indu sera recouvré par la CAF, de manière progressive, avec des montants mensuels de retenue sur prestations adaptés à ses capacités au regard de ses ressources, de la composition du foyer, des charges de logement. Il se verra ainsi récupérer l'indu de manière étalée dans le temps, avec l'application du barème national protecteur actuellement appliqué au sein de la branche famille, y compris pour les prestations versées pour compte de tiers.

Par ailleurs, un ordre de priorité sera appliqué, avec possibilité de retenue sur prestations si et seulement si n'existent pas d'indus non recouverts par la caisse délégataire au titre des prestations servies pour son compte ou pour compte de tiers ou après recouvrement préalable de ces indus.

Cette délégation de gestion sera sans incidence sur les comptes de l'organisme et de la branche délégataires du fait de la délégation elle-même, qui induit la mise en œuvre d'une gestion pour compte de tiers (c'est-à-dire par le bilan de l'organisme, et non par son compte de résultat). Seuls les comptes de l'organisme et de la branche cédants seront *in fine* améliorés, du fait de la performance accrue de recouvrement induite par la mesure (baisse du montant de dépréciation de créances et accroissement notamment).

Cette mesure s'inscrit de manière plus globale dans un schéma renforcé de pilotage des indus par les organismes de sécurité sociale, dans un cadre pluriannuel fixé par les conventions d'objectifs et de gestion et fondé à la fois sur une optimisation des processus de recouvrement, notamment la retenue sur prestations à échoir en cas d'absence de paiement spontané, et sur une optimisation organisationnelle avec des démarches de spécialisation et de mutualisation entre certains organismes (par exemple, pour la branche famille, la spécialisation de vingt CAF sur le recouvrement des impayés de pensions alimentaires).

La mesure s'appliquera aux organismes du régime général ainsi qu'aux caisses de mutualité sociale agricole.

• Renforcer les dispositifs permettant à l'assurance maladie de recouvrer les sommes dues par les organismes complémentaires

Conformément à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, les bénéficiaires de la CMU-c sont dispensés de l'avance des frais pour la part de leurs dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie-maternité et les organismes complémentaires. Afin de simplifier et d'accélérer la procédure de paiement aux professionnels de santé, un versement unique est, dans un premier temps, effectué par l'assurance maladie obligatoire. Les organismes complémentaires remboursent ensuite à l'assurance maladie les dépenses correspondantes, selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Toutefois, l'assurance maladie peut éprouver des difficultés à obtenir de certains organismes complémentaires le respect de ces dispositions. Dans l'intérêt de l'équilibre financier de l'assurance maladie, il importe donc de renforcer le dispositif existant, d'une part par l'application d'une majoration en cas de retard mis par l'organisme complémentaire (qui serait fixée à 10 % des sommes dues), d'autre part par la possibilité de délivrer une contrainte lorsque le recouvrement amiable s'avère impossible.

- **Renforcer les dispositifs permettant de lutter contre la fraude**

Deux dispositions concourent à cet objectif :

Une disposition propre aux professionnels de santé

A cet égard, la réforme comble un vide juridique en permettant la récupération des indus constitués par les professionnels de santé qui, malgré une interdiction d'exercice compte-tenu d'une procédure de liquidation judiciaire, continuent de dispenser des soins ou de délivrer des produits de santé.

Une disposition propre aux prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales

Une prestation indûment versée par un organisme débiteur de prestations familiales peut être recouvrée sur les échéances à venir de toutes les prestations versées par cet organisme : prestations familiales, aides personnelles au logement, allocation aux adultes handicapés, revenu de solidarité active, prime d'activité. Le montant mensuel du prélèvement effectué sur les prestations à échoir est fonction d'un barème qui tient compte des ressources, des prestations légales perçues, de la composition familiale et des charges réelles de logement. Toutes les informations nécessaires au calcul de la mensualité de remboursement sont celles connues au dossier de l'allocataire. Le quotient est divisé en cinq tranches sur lesquelles s'applique un pourcentage qui détermine le montant à recouvrer. Sur la première tranche, il est recouvré au minimum 48 € (1^{er} avril 2018). La somme des montants à recouvrer par tranche donne le total de la mensualité à retenir et la durée du remboursement en fonction du montant total des indus à recouvrer. Ce barème est redistributif et joue un rôle de prise en compte de la situation sociale du foyer adapté au type de prestations versées par les CAF.

Or, le montant de la retenue mensuelle est identique quel que soit l'origine de l'indu (allocataire de bonne foi, manœuvres frauduleuses, fausses déclarations). Les montants moyens des indus frauduleux étant comparativement plus importants que les indus non frauduleux (6 455 € en moyenne en 2017 pour les indus frauduleux contre 633 € en moyenne pour les autres indus), les délais de recouvrement pour les indus frauduleux sont beaucoup plus longs. En 2017, 291 millions d'euros d'indus d'origine frauduleuse ont été notifiés. En appliquant le minimum de récupération (48 €) correspondant au montant le plus faible du barème actuel, l'indu moyen sera récupéré en onze années minimum. Le recouvrement des créances en est donc affecté, d'autant plus que tout allongement des délais augmente le risque d'interruption dans le versement des prestations et par conséquent celui de la rupture dans les remboursements, faute de retenues possibles. Il en résulte la nécessité de passer à des modalités de recouvrement renforcées. Aussi, il est proposé de donner au directeur de l'organisme liquidateur la possibilité de majorer la retenue mensuelle appliquée en cas de fraude, la retenue applicable dans ce cas étant en outre doublée en cas de réitération d'acte frauduleux au cours d'une période de cinq ans.

Conformément à l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale, la majoration de la retenue mensuelle s'appliquera également à la pénalité pouvant être prononcée en cas de fraude .

b) Autres options possibles

En maintenant les difficultés actuelles des caisses, le statu quo ne permettrait pas de contribuer à l'amélioration de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Le recouvrement des prestations indûment versées, le versement effectif des sommes dues à l'assurance maladie par les organismes complémentaires et la lutte contre la fraude participent à l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale. A ce titre, les mesures proposées trouvent leur place dans la loi de financement de la sécurité sociale, en application des B et C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAV, les conseils de la CNAM, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour

avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France. Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive... et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. D'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La réforme modifie les articles L. 133-4, L. 133-4-1, L. 161-17-1-1, L. 353-3, L. 553-2, L. 815-11, L. 821-5-1, L. 835-3, L. 845-3, L. 861-3 et L. 863-7-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que les articles L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable en vertu de dispositions spécifiques prévues par le projet d'article.
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint Pierre et Miquelon	Mesure applicable en vertu de dispositions spécifiques prévues par le projet d'article.
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

● **Prestations indûment versées** : au titre de l'année 2017 et pour le seul régime général, la masse financière des indus de la branche famille est de 4,1 Md€ d'indus. 2,7 Md€ d'indus ont été constatés au titre de l'exercice 2016 par les caisses d'allocations familiales, 552,5 M€ par les caisses primaires d'assurance maladie et 46,5 M€ par les caisses d'assurance retraite, soit un total de 3,299 Md€ d'indus notifiés pour l'exercice 2016. Il est retenu une hypothèse où la mesure proposée, qui vient en complément des dispositifs d'ores et déjà existants, permettrait de recouvrer 3 % des indus générés sur un seul exercice, l'impact financier de la réforme étant donc de 99 M€ en année pleine.

● **Soldes des créances de CMU-c à recouvrer auprès des organismes complémentaires**

Pour les factures 2015-2016, le solde à recouvrer s'élevait à 11 560 000 € au 31 janvier 2018. Pour les factures 2017, ce solde était de 40 380 000 € au 31 mars 2018, soit un total de 51 940 000 €.

Il n'existe en revanche aucun indicateur permettant de comptabiliser l'impact de la mesure sur l'ACS.

Dans l'hypothèse où la mesure proposée permettrait de recouvrer 10 % des sommes en jeu, l'impact de la mesure serait de 5 M€ pour chaque exercice.

● **Possibilité de majorer le plan de recouvrement personnalisé en cas de fraude pour la branche famille** : selon une estimation de la CNAF, le montant des indus qui pourrait être recouvré est de 72 M€ à horizon 2021. En 2017, 291 M€ d'origine frauduleuse ont été notifiés. Au 31 décembre 2017, le taux de recouvrement des indus frauduleux est de 59,8 % au bout de 48 mois et celui des indus non frauduleux est de 86,6 % au bout de 24 mois.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019	2020 R	2021 P	2022 p
Fongibilité du recouvrement des indus entre branches			+ 99 M€	+ 99 M€	+ 99 M€
Créances de CMU-c à recouvrer auprès des OC		+ 5 M€	+ 5 M€	+ 5 M€	+5 M€
Renforcement du recouvrement en cas de fraude aux prestations versées par les ODPF		+ 36 M€	+ 36 M€	+ 72 M€	+ 72 M€

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

La mesure aboutira à une meilleure prise en compte de la situation financière globale des allocataires dans le cadre du recouvrement des indus, avec une dimension plus protectrice que les règles actuelles pour les foyers les plus fragiles.

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet.

- **Impact sur les personnes en situation de handicap**

Sans objet.

- **Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes**

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

En facilitant la récupération des indus, la mesure permettra d'apurer plus aisément la situation des intéressés. De ce fait, elle leur évitera de rester débiteurs sur de trop longues périodes et limitera les cas rendant nécessaires de délivrer une contrainte.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Dans son volet « fongibilité des indus de prestations de sécurité sociale », cette mesure suppose de développer les relations informatiques entre organismes de sécurité sociale, ce qui explique que l'entrée en vigueur de ce volet de la réforme soit différée au 1^{er} janvier 2020.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Cette mesure ne nécessite ni allocation de moyens supplémentaires, ni recrutement de personnel. Elle sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La mise en œuvre de la mesure nécessitera :

- de modifier l'article R. 133-9-2 du code de la sécurité sociale pour préciser les modalités de notification au débiteur de la mise en œuvre de la fongibilité des indus ;
- de fixer, dans un décret simple :
 - le pourcentage de majoration de la retenue pouvant être appliqué par l'organisme débiteur de prestations familiales en cas de récupération de prestations obtenues de manière frauduleuse ;
 - les modalités d'application et le traitement comptable applicable au mécanisme de fongibilité des indus ;
 - les modalités applicables en cas de manquement des organismes complémentaires à leurs obligations financières envers les organismes d'assurance maladie.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Comme indiqué *supra*, le volet « fongibilité des indus de prestations » nécessite des développements informatiques entre organismes de sécurité sociale, ce qui conduit à différer l'entrée en vigueur de cette partie de la réforme au 1^{er} janvier 2020.

Les autres volets de la réforme entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Conformément à l'article R. 133-9-2 du code de la sécurité sociale, l'action en recouvrement des prestations indues s'ouvre par l'envoi au débiteur d'une notification détaillée. Ainsi qu'indiqué *supra*, cet article sera modifié pour tenir compte des évolutions apportées par la réforme.

d) Suivi de la mise en œuvre

L'impact des modifications législatives relatives au recouvrement des indus sera apprécié dans le cadre du suivi des conventions d'objectifs et de gestion de la CNAF et de la CNAM, ces conventions intégrant des indicateurs relatifs aux taux de recouvrement des indus.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 133-4 actuel	Article L. 133-4 modifié
En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation : 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 ; 2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement. Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés. Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort. Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.	En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation : 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L.162-1-7, L.162-17, L.165-1, L.162-22-7, L.162-22-7-3 et L.162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L.162-22-1, L.162-22-6 et L.162-23-1 ; 2° Des frais de transports mentionnés à l'article L.160-8, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel de santé ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement. Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale dans les conditions prévues au III de l'article L. 641-9 du code de commerce. Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort. Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations. Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le

Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des quatre alinéas qui précèdent.	montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des quatre alinéas qui précèdent.
Article L. 133-4-1 actuel	Article L. 133-4-1 modifié
En cas de versement indu d'une prestation, hormis les cas mentionnés à l'article L. 133-4 et les autres cas où une récupération peut être opérée auprès d'un professionnel de santé, l'organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie ou d'accidents du travail et de maladies professionnelles récupère l'indu correspondant auprès de l'assuré. Celui-ci, y compris lorsqu'il a été fait dans le cadre de la dispense d'avance des frais, peut, sous réserve que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu, être récupéré par un ou plusieurs versements ou par retenue sur les prestations à venir en fonction de la situation sociale du ménage. L'organisme mentionné au premier alinéa informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en oeuvre de la procédure visée au présent article.	En cas de versement indu d'une prestation, hormis les cas mentionnés à l'article L. 133-4 et les autres cas où une récupération peut être opérée auprès d'un professionnel de santé, l'organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie ou d'accidents du travail et de maladies professionnelles récupère l'indu correspondant auprès de l'assuré. Celui-ci, y compris lorsqu'il a été fait dans le cadre de la dispense d'avance des frais, peut, sous réserve que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu, être récupéré par un ou plusieurs versements ou par retenue sur les prestations à venir en fonction de la situation sociale du ménage. L'organisme mentionné au premier alinéa informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en oeuvre de la procédure visée au présent article. Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet

	accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations.
Article L. 161-17-1-1 actuel	Article L. 161-17-1-1 modifié
Les organismes et services chargés de la gestion des régimes de retraite de base et complémentaires légaux ou rendus légalement obligatoires communiquent par voie électronique les informations nécessaires à la détermination du droit au bénéfice des prestations de retraite, au maintien des droits et, s'il y a lieu, au calcul de ces dernières, notamment pour la mise en œuvre de l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, des articles L. 173-2, L. 353-1, L. 353-6, L. 815-1, L. 815-7 et L. 815-24 du présent code et L. 732-51-1 et L. 732-54-3 du code rural et de la pêche maritime. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret peut, aux mêmes fins, prévoir la création d'un répertoire national.	Les organismes et services chargés de la gestion des régimes de retraite de base et complémentaires légaux ou rendus légalement obligatoires communiquent par voie électronique les informations nécessaires à la détermination du droit au bénéfice des prestations de retraite, au maintien des droits et, s'il y a lieu, au calcul de ces dernières, notamment pour la mise en œuvre de l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, des articles L. 173-2, L. 353-1, L. 353-6, L. 355-3 , L. 815-1, L. 815-7 et L. 815-24 du présent code et L. 732-51-1 et L. 732-54-3 du code rural et de la pêche maritime. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret peut, aux mêmes fins, prévoir la création d'un répertoire national.
Article L. 355-3 actuel	Article L. 355-3 modifié
Toute demande de remboursement de trop-perçu en matière de prestations de vieillesse et d'invalidité est prescrite par un délai de deux ans à compter du paiement desdites prestations dans les mains du bénéficiaire, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration. En cas d'erreur de l'organisme débiteur de la prestation aucun remboursement de trop-perçu des prestations de retraite ou d'invalidité n'est réclamé à un assujetti de bonne foi lorsque les ressources du bénéficiaire sont inférieures au chiffre limite fixé pour l'attribution, selon le cas, à une personne seule ou à un ménage, de l'allocation aux vieux travailleurs salariés. Lorsque les ressources de l'intéressé sont comprises entre ce plafond et le double de ce plafond, le remboursement ne peut pas être effectué d'office par prélèvement sur les prestations. Le cas et la situation de l'assujetti sont alors soumis à la commission de recours amiable qui accordera éventuellement la remise totale ou partielle de la dette et déterminera, le cas échéant, l'échelonnement de ce remboursement.	Toute demande de remboursement de trop-perçu en matière de prestations de vieillesse et d'invalidité est prescrite par un délai de deux ans à compter du paiement desdites prestations dans les mains du bénéficiaire, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration. En cas d'erreur de l'organisme débiteur de la prestation aucun remboursement de trop-perçu des prestations de retraite ou d'invalidité n'est réclamé à un assujetti de bonne foi lorsque les ressources du bénéficiaire sont inférieures au chiffre limite fixé pour l'attribution, selon le cas, à une personne seule ou à un ménage, de l'allocation aux vieux travailleurs salariés. Lorsque les ressources de l'intéressé sont comprises entre ce plafond et le double de ce plafond, le remboursement ne peut pas être effectué d'office par prélèvement sur les prestations. Le cas et la situation de l'assujetti sont alors soumis à la commission de recours amiable qui accordera éventuellement la remise totale ou partielle de la dette et déterminera, le cas échéant, l'échelonnement de ce remboursement. Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L.133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L.511-1, aux

	titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations.
Article L. 553-2 actuel	Article L. 553-2 modifié
Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées aux titres II et IV du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Dans des conditions définies par décret, les retenues mentionnées au premier alinéa, ainsi que celles mentionnées aux articles L. 835-3 et L. 845-3 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, sont déterminées en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret. Les mêmes règles sont applicables en cas de non-remboursement d'un prêt subventionné ou consenti à quelque titre que ce soit par un organisme de prestations familiales, la caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole.	Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées aux titres II et IV du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Dans des conditions définies par décret, les retenues mentionnées au premier alinéa, ainsi que celles mentionnées aux articles L. 835-3 et L. 845-3 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, sont déterminées en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret. En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. Les mêmes règles sont applicables en cas de non-remboursement d'un prêt subventionné ou consenti à quelque titre que ce soit par un organisme de prestations familiales, la caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole.

Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, la créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.	Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, la créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations. Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du livre VIII, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations.
Article L. 815-11 actuel	Article L. 815-11 modifié
L'allocation peut être révisée, suspendue ou supprimée à tout moment lorsqu'il est constaté que l'une des conditions exigées pour son service n'est pas remplie ou lorsque les ressources de l'allocataire ont varié. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles l'allocation peut être révisée, suspendue ou supprimée par les services ou organismes mentionnés à l'article L. 815-7. Dans tous les cas, les arrérages versés sont acquis aux bénéficiaires sauf lorsqu'il y a fraude, absence de déclaration du transfert de leur résidence hors du territoire métropolitain ou des collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, absence de déclaration des ressources ou omission de ressources dans les déclarations. Toute demande de remboursement de trop-perçu se prescrit par deux ans à compter de la date du paiement de l'allocation entre les mains du bénéficiaire, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.	L'allocation peut être révisée, suspendue ou supprimée à tout moment lorsqu'il est constaté que l'une des conditions exigées pour son service n'est pas remplie ou lorsque les ressources de l'allocataire ont varié. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles l'allocation peut être révisée, suspendue ou supprimée par les services ou organismes mentionnés à l'article L. 815-7. Dans tous les cas, les arrérages versés sont acquis aux bénéficiaires sauf lorsqu'il y a fraude, absence de déclaration du transfert de leur résidence hors du territoire métropolitain ou des collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, absence de déclaration des ressources ou omission de ressources dans les déclarations. Toute demande de remboursement de trop-perçu se prescrit par deux ans à compter de la date du paiement de l'allocation entre les mains du bénéficiaire, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration. Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur l'allocation mentionnée au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées au titre V du livre III, à l'article L. 511-1, au titre III du livre VIII du présent code et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne

	peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations.
Article L. 821-5-1 actuel	Article L. 821-5-1 modifié
Tout paiement indu de prestations mentionnées au présent titre est, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, récupéré sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues, soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1, soit au titre de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Les retenues mentionnées au premier alinéa sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du présent code.	Tout paiement indu de prestations mentionnées au présent titre est, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, récupéré sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues, soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1, soit au titre de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Les retenues mentionnées au premier alinéa sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du présent code. Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations.
Article L. 835-3 actuel	Article L. 835-3 modifié
L'action de l'allocataire pour le paiement de l'allocation	L'action de l'allocataire pour le paiement de l'allocation

se prescrit par deux ans. Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement de la prestation indûment payée, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration. Tout paiement indu de l'allocation de logement est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Dans des conditions définies par décret, les retenues mentionnées au troisième alinéa, ainsi que celles mentionnées aux articles L. 553-2 et L. 845-3 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, sont déterminées en fonction de la composition du ménage, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret. Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, le montant de l'indu peut être réduit ou remis en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations. La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1, L. 835-3 ou L. 845-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.	se prescrit par deux ans. Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement de la prestation indûment payée, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration. Tout paiement indu de l'allocation de logement est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Dans des conditions définies par décret, les retenues mentionnées au troisième alinéa, ainsi que celles mentionnées aux articles L. 553-2 et L. 845-3 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, sont déterminées en fonction de la composition du ménage, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret. En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, le montant de l'indu peut être réduit ou remis en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations. La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1, L. 835-3 ou L. 845-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation. Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au troisième alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que

	l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations.
Article L. 845-3 actuel	Article L. 845-3
Tout paiement indu de prime d'activité est récupéré par l'organisme chargé de son service. Toute réclamation dirigée contre une décision de récupération de l'indu, le dépôt d'une demande de remise ou de réduction de créance ainsi que les recours administratifs et contentieux, y compris en appel, contre les décisions prises sur ces réclamations et ces demandes ont un caractère suspensif. Sauf si le bénéficiaire opte pour le remboursement de l'indu en une seule fois, l'organisme mentionné au premier alinéa procède au recouvrement de tout paiement indu de prime d'activité par retenues sur les montants à échoir. A défaut, l'organisme mentionné au même premier alinéa peut également, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales, de l'allocation de logement et des prestations mentionnées, respectivement, aux articles L. 511-1 et L. 831-1 et au titre II du livre VIII du présent code, au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ainsi qu'au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. Par dérogation au troisième alinéa du présent article, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations, selon des modalités et des conditions précisées par décret. Les retenues mentionnées aux troisième et quatrième alinéas du présent article sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du présent code.	Tout paiement indu de prime d'activité est récupéré par l'organisme chargé de son service. Toute réclamation dirigée contre une décision de récupération de l'indu, le dépôt d'une demande de remise ou de réduction de créance ainsi que les recours administratifs et contentieux, y compris en appel, contre les décisions prises sur ces réclamations et ces demandes ont un caractère suspensif. Sauf si le bénéficiaire opte pour le remboursement de l'indu en une seule fois, l'organisme mentionné au premier alinéa procède au recouvrement de tout paiement indu de prime d'activité par retenues sur les montants à échoir. A défaut, l'organisme mentionné au même premier alinéa peut également, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales, de l'allocation de logement et des prestations mentionnées, respectivement, aux articles L. 511-1 et L. 831-1 et au titre II du livre VIII du présent code, au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ainsi qu'au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. Par dérogation au troisième alinéa du présent article, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations, selon des modalités et des conditions précisées par décret. Les retenues mentionnées aux troisième et quatrième alinéas du présent article sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du présent code. Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au troisième alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées

Un décret détermine le montant au-dessous duquel la prime d'activité indûment versée ne donne pas lieu à répétition. La créance peut être remise ou réduite par l'organisme mentionné au premier alinéa du présent article, en cas de bonne foi ou de précarité de la situation du débiteur, sauf si cette créance résulte d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration.	par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. Un décret détermine le montant au-dessous duquel la prime d'activité indûment versée ne donne pas lieu à répétition. La créance peut être remise ou réduite par l'organisme mentionné au premier alinéa du présent article, en cas de bonne foi ou de précarité de la situation du débiteur, sauf si cette créance résulte d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration.
Article L. 861-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 861-3 modifié du code de la sécurité sociale
Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles : 1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ; 2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ; 3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel. La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé. L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge. Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont	Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles : 1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ; 2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ; 3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel. La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé. L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge. Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont

dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit. Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.	dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit. Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure. Le décret mentionné à l'alinéa précédent fixe également les modalités selon lesquelles les sommes dues par les organismes complémentaires aux organismes d'assurance maladie font l'objet d'une majoration de 10 % en l'absence de paiement dans les délais prévus, ainsi que les modalités selon lesquelles le directeur de l'organisme d'assurance maladie peut délivrer une contrainte dans les conditions prévues à l'article L. 161-5-5.
Article L. 863-7-1 actuel	Article L. 863-7-1 modifié
Les bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que sur la part des dépenses couverte par leur contrat d'assurance complémentaire de santé sélectionné en application de l'article L. 863-6, pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé. Ce tiers payant est mis en œuvre pour la délivrance de médicaments, dans le respect des conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, il n'est pas mis en œuvre lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3.	Les bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que sur la part des dépenses couverte par leur contrat d'assurance complémentaire de santé sélectionné en application de l'article L. 863-6, pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé. Ce tiers payant est mis en œuvre pour la délivrance de médicaments, dans le respect des conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, il n'est pas mis en œuvre lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3. Les dispositions des articles L. 133-4-1 et L. 161-5-1 sont applicables au recouvrement des prestations versées à tort.

Un décret détermine les modalités du tiers payant permettant aux professionnels et aux établissements de santé qui le souhaitent d'avoir un interlocuteur unique. Il précise notamment, à cet effet, la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes d'assurance complémentaire de santé et les organismes d'assurance maladie, d'autre part.	Un décret détermine les modalités du tiers payant permettant aux professionnels et aux établissements de santé qui le souhaitent d'avoir un interlocuteur unique. Il précise notamment, à cet effet, la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes d'assurance complémentaire de santé et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 861-3 sont applicables aux relations entre les organismes complémentaires et les organismes d'assurance maladie.
Code de l'action sociale et des familles	
Article L. 262-46 actuel	Article L. 262-46 modifié
Tout paiement indu de revenu de solidarité active est récupéré par l'organisme chargé du service de celui-ci ainsi que, dans les conditions définies au présent article, par les collectivités débitrices du revenu de solidarité active. Toute réclamation dirigée contre une décision de récupération de l'indu, le dépôt d'une demande de remise ou de réduction de créance ainsi que les recours administratifs et contentieux, y compris en appel, contre les décisions prises sur ces réclamations et demandes ont un caractère suspensif. Sauf si le bénéficiaire opte pour le remboursement de l'indu en une seule fois, l'organisme mentionné au premier alinéa procède au recouvrement de tout paiement indu de revenu de solidarité active par retenues sur les montants à échoir. A défaut, l'organisme mentionné au premier alinéa peut également, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales, de l'allocation de logement et de la prime d'activité mentionnées, respectivement, aux articles L. 511-1, L. 831-1 et L. 841-1 du code de la sécurité sociale, au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du même code ainsi qu'au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Les retenues mentionnées aux troisième et quatrième alinéas du présent article sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du code de la sécurité sociale.	Tout paiement indu de revenu de solidarité active est récupéré par l'organisme chargé du service de celui-ci ainsi que, dans les conditions définies au présent article, par les collectivités débitrices du revenu de solidarité active. Toute réclamation dirigée contre une décision de récupération de l'indu, le dépôt d'une demande de remise ou de réduction de créance ainsi que les recours administratifs et contentieux, y compris en appel, contre les décisions prises sur ces réclamations et demandes ont un caractère suspensif. Sauf si le bénéficiaire opte pour le remboursement de l'indu en une seule fois, l'organisme mentionné au premier alinéa procède au recouvrement de tout paiement indu de revenu de solidarité active par retenues sur les montants à échoir. A défaut, l'organisme mentionné au premier alinéa peut également, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales, de l'allocation de logement et de la prime d'activité mentionnées, respectivement, aux articles L. 511-1, L. 831-1 et L. 841-1 du code de la sécurité sociale, au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du même code ainsi qu'au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Les retenues mentionnées aux troisième et quatrième alinéas du présent article sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du code de la sécurité sociale. Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées aux troisième et quatrième alinéas, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère

L'article L. 161-1-5 du même code est applicable pour le recouvrement des sommes indûment versées au titre du revenu de solidarité active. Après la mise en œuvre de la procédure de recouvrement sur prestations à échoir, l'organisme chargé du service du revenu de solidarité active transmet, dans des conditions définies par la convention mentionnée au I de l'article L. 262-25 du présent code, les créances du département au président du conseil départemental. La liste des indus fait apparaître le nom de l'allocataire, l'objet de la prestation, le montant initial de l'indu, le solde restant à recouvrer, ainsi que le motif du caractère indu du paiement. Le président du conseil départemental constate la créance du département et transmet au payeur départemental le titre de recettes correspondant pour le recouvrement. La créance peut être remise ou réduite par le président du conseil départemental en cas de bonne foi ou de précarité de la situation du débiteur, sauf si cette créance résulte d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration. Un décret en Conseil d'Etat détermine le montant au-dessous duquel le revenu de solidarité active indûment versé ne donne pas lieu à répétition. La créance détenue par un département à l'encontre d'un bénéficiaire du revenu de solidarité active dont le lieu de résidence est transféré dans un autre département ou qui élit domicile dans un autre département est transférée en principal, frais et accessoires au département d'accueil.	indu et n'opte pas pour le remboursement en un versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du livre VIII du code de la sécurité sociale, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. L'article L. 161-1-5 du même code est applicable pour le recouvrement des sommes indûment versées au titre du revenu de solidarité active. Après la mise en œuvre de la procédure de recouvrement sur prestations à échoir, l'organisme chargé du service du revenu de solidarité active transmet, dans des conditions définies par la convention mentionnée au I de l'article L. 262-25 du présent code, les créances du département au président du conseil départemental. La liste des indus fait apparaître le nom de l'allocataire, l'objet de la prestation, le montant initial de l'indu, le solde restant à recouvrer, ainsi que le motif du caractère indu du paiement. Le président du conseil départemental constate la créance du département et transmet au payeur départemental le titre de recettes correspondant pour le recouvrement. La créance peut être remise ou réduite par le président du conseil départemental en cas de bonne foi ou de précarité de la situation du débiteur, sauf si cette créance résulte d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration. Un décret en Conseil d'Etat détermine le montant au-dessous duquel le revenu de solidarité active indûment versé ne donne pas lieu à répétition. La créance détenue par un département à l'encontre d'un bénéficiaire du revenu de solidarité active dont le lieu de résidence est transféré dans un autre département ou qui élit domicile dans un autre département est transférée en principal, frais et accessoires au département d'accueil.
Code de la construction et de l'habitation	
Article L. 351-11 actuel du code de la construction et de l'habitation	Article L. 351-11 modifié du code de la construction et de l'habitation
Le règlement de l'aide personnalisée au logement obéit à la même périodicité que le paiement du loyer ou des charges d'emprunt. L'action pour le paiement de l'aide personnalisée au logement se prescrit par deux ans.	Le règlement de l'aide personnalisée au logement obéit à la même périodicité que le paiement du loyer ou des charges d'emprunt. L'action pour le paiement de l'aide personnalisée au logement se prescrit par deux ans.

Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des sommes indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration. La prescription est interrompue par une des causes prévues par le code civil. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, quels qu'en aient été les modes de délivrance. Dans le cas où le bailleur ou l'établissement habilité justifie qu'il a, conformément à l'article L. 351-9, alinéa 5, déduit ces sommes du montant du loyer et des dépenses accessoires de logement ou de celui des charges de remboursement, le recouvrement s'effectue, suivant le cas, auprès du locataire ou de l'emprunteur. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Lorsque l'un ou l'autre ne conteste pas l'exactitude de ce trop-perçu, l'organisme payeur récupère cet indu par retenue sur les échéances d'aide personnalisée au logement à venir. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1 du code de la sécurité sociale, soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1 du même code, soit au titre des prestations mentionnées aux titres II et IV du livre VIII du même code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. Dans des conditions définies par décret, les retenues mentionnées au quatrième alinéa, ainsi que celles mentionnées aux articles L. 553-2, L. 821-5-1, L. 835-3 et L. 845-3 du code de la sécurité sociale et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles sont déterminées en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement et des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret. Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents et dans les conditions prévues à l'article L. 351-14 du présent code, le montant de l'indu peut être réduit ou remis en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.	Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des sommes indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration. La prescription est interrompue par une des causes prévues par le code civil. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, quels qu'en aient été les modes de délivrance. Dans le cas où le bailleur ou l'établissement habilité justifie qu'il a, conformément à l'article L. 351-9, alinéa 5, déduit ces sommes du montant du loyer et des dépenses accessoires de logement ou de celui des charges de remboursement, le recouvrement s'effectue, suivant le cas, auprès du locataire ou de l'emprunteur. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Lorsque l'un ou l'autre ne conteste pas l'exactitude de ce trop-perçu, l'organisme payeur récupère cet indu par retenue sur les échéances d'aide personnalisée au logement à venir. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1 du code de la sécurité sociale, soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1 du même code, soit au titre des prestations mentionnées aux titres II et IV du livre VIII du même code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. Dans des conditions définies par décret, les retenues mentionnées au quatrième alinéa, ainsi que celles mentionnées aux articles L. 553-2, L. 821-5-1, L. 835-3 et L. 845-3 du code de la sécurité sociale et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles sont déterminées en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement et des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret. En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents et dans les conditions prévues à l'article L. 351-14 du présent code, le montant de l'indu peut être réduit ou remis en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations. Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au sixième alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que

L'article L. 161-1-5 du code de la sécurité sociale est applicable pour le recouvrement des sommes indûment versées. La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1, L. 835-3 ou L. 845-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.	l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du livre VIII du code de la sécurité sociale, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. L'article L. 161-1-5 du code de la sécurité sociale est applicable pour le recouvrement des sommes indûment versées. La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1, L. 835-3 ou L. 845-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.
Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	
Article 20-5-6 actuel	Article 20-5-6 modifié
Les dispositions des articles L. 161-31, L. 162-1-7, L. 162-1-11, L. 162-5 à l'exception de son deuxième alinéa, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15, L. 315-2, L. 315-2-1, L. 322-5-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve des modalités particulières prévues par la présente ordonnance.	Les dispositions des articles L. 133-4-1, L. 161-31, L. 162-1-7, L. 162-1-11, L. 162-5 à l'exception de son deuxième alinéa, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15, L. 315-2, L. 315-2-1, L. 322-5-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve des modalités particulières prévues par la présente ordonnance. Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « à l'article 20-8-1 de la présente ordonnance, au chapitre II du titre Ier 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, aux chapitres I et II du titre II, aux chapitres Ier et II du titre VI et au titre VI bis de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre Ier de

	l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.
Article 20-8-6 actuel	Article 20-8-6 modifié
Les dispositions des articles L. 355-2 et L. 355-3 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve des adaptations suivantes : 1° Au troisième alinéa de l'article L. 355-2, les mots : "à l'article L. 341-5" sont remplacés par les mots : "au premier alinéa du II de l'article 20-8-3 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte" ; 2° Au dernier alinéa du même article, les mots : "tiers du minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 351-10" sont remplacés par les mots : "quart du montant prévu à l'article 29 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte" ; 3° Au deuxième alinéa de l'article L. 355-3, les mots : "de l'allocation aux vieux travailleurs salariés" sont remplacés par les mots : "de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte".	Les dispositions des articles L. 355-2 et L. 355-3 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve des adaptations suivantes : 1° Au troisième alinéa de l'article L. 355-2, les mots : "à l'article L. 341-5" sont remplacés par les mots : "au premier alinéa du II de l'article 20-8-3 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte" ; 2° Au dernier alinéa du même article, les mots : "tiers du minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 351-10" sont remplacés par les mots : "quart du montant prévu à l'article 29 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte" ; 3° Au deuxième alinéa de l'article L. 355-3, les mots : "de l'allocation aux vieux travailleurs salariés" sont remplacés par les mots : "de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte". 4° Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : « gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article 20-1 de la présente ordonnance, ou sur les prestations mentionnées au chapitre II du titre Ier 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, aux chapitres I et II du titre II, aux chapitres Ier et II du titre VI et au titre VI bis de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre Ier de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

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	
Article 13 actuel	Article 13 modifié
Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme mentionné à l'article 19 peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des aides au logement en vigueur à Mayotte, soit au titre de la prestation mentionnée à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, soit au titre du revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 549-1 du code de l'action sociale et des familles. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Ces retenues seront déterminées dans des conditions définies par décret en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret. Les décisions de l'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance notifiant le recouvrement des prestations indûment versées indiquent les voies et délais de recours ouverts à l'allocataire ainsi que les conditions et les délais dans lesquels il peut présenter ses observations écrites ou orales. Dans ce dernier cas, le débiteur peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix.	Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme mentionné à l'article 19 peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des aides au logement en vigueur à Mayotte, soit au titre de la prestation mentionnée à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, soit au titre du revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 549-1 du code de l'action sociale et des familles. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Ces retenues seront déterminées dans des conditions définies par décret en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret. En cas de fraude, le directeur de l'organisme mentionné à l'article 19 peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. Les décisions de l'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance notifiant le recouvrement des prestations indûment versées indiquent les voies et délais de recours ouverts à l'allocataire ainsi que les conditions et les délais dans lesquels il peut présenter ses observations écrites ou orales. Dans ce dernier cas, le débiteur peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix. Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces mentionnées à l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie,

Pour le recouvrement des prestations familiales indûment versées, le directeur de l'organisme mentionné au même article 19 peut, dans les délais et selon les conditions fixées par décret, délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal chargé des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux paiements indus de prestations familiales à compter du 1er janvier 2012. Les dispositions du troisième alinéa ne sont applicables aux retenues mentionnées au premier alinéa et postérieures au 1er janvier 2012 qu'à compter du 1er janvier 2014. Jusqu'au 31 décembre 2013, ces retenues, ainsi que celles mentionnées à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et au XXI de l'article L. 549-1 du code de l'action sociale et des familles, ne peuvent excéder un pourcentage déterminé par décret. La créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration. L'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance est autorisé à abandonner la mise en recouvrement des montants de prestations familiales indûment payés lorsque leur montant est inférieur à une somme fixée par décret. Lorsque le montant de l'allocation de logement est inférieur à une somme fixée par décret, il n'est pas procédé à son versement.	maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, ou sur les prestations mentionnées aux chapitre I^{er} et II du titre II de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. Pour le recouvrement des prestations familiales indûment versées, le directeur de l'organisme mentionné au même article 19 peut, dans les délais et selon les conditions fixées par décret, délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal chargé des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux paiements indus de prestations familiales à compter du 1er janvier 2012. Les dispositions du troisième alinéa ne sont applicables aux retenues mentionnées au premier alinéa et postérieures au 1^{er} janvier 2012 qu'à compter du 1^{er} janvier 2014. Jusqu'au 31 décembre 2013, ces retenues, ainsi que celles mentionnées à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et au XXI de l'article L. 549-1 du code de l'action sociale et des familles, ne peuvent excéder un pourcentage déterminé par décret. La créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration. L'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance est autorisé à abandonner la mise en recouvrement des montants de prestations familiales indûment payés lorsque leur montant est inférieur à une somme fixée par décret. Lorsque le montant de l'allocation de logement est inférieur à une somme fixée par décret, il n'est pas procédé à son versement.
Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	
Article 20 actuel	Article 20 modifié

Les articles L. 133-4-6, L. 355-2 et L. 355-3 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. Tout paiement indu de prestations d'assurance vieillesse ou de l'allocation spéciale pour les personnes âgées est récupéré, sous réserve que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations ou les allocations à venir, ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'assuré opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir. Pour les prestations mentionnées à l'alinéa précédent, la caisse de sécurité sociale de Mayotte peut procéder à la délivrance d'une contrainte, à l'admission en non-valeur et au recouvrement des créances selon les mêmes règles que celles fixées respectivement aux articles L. 161-1-5, L. 133-3 et L. 256-4 du code de la sécurité sociale.	Les articles L. 133-4-6, L. 355-2 et L. 355-3 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. Pour la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : « gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article 20-1 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, ou sur les prestations mentionnées au titre VI bis de la présente ordonnance, au chapitre II du titre Ier 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 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale » Tout paiement indu de prestations d'assurance vieillesse ou de l'allocation spéciale pour les personnes âgées est récupéré, sous réserve que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations ou les allocations à venir, ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'assuré opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir. Pour les prestations mentionnées à l'alinéa précédent, la caisse de sécurité sociale de Mayotte peut procéder à la délivrance d'une contrainte, à l'admission en non-valeur et au recouvrement des créances selon les mêmes règles que celles fixées respectivement aux articles L. 161-1-5, L. 133-3 et L. 256-4 du code de la sécurité sociale.
Article 35-3 actuel	Article 35-3 modifié
Tout paiement indu des prestations mentionnées au présent chapitre est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article 2 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 le Département de Mayotte, soit au titre des aides au logement en vigueur à Mayotte, soit au titre du revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des	Tout paiement indu des prestations mentionnées au présent chapitre est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article 2 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 le Département de Mayotte, soit au titre des aides au logement en vigueur à Mayotte, soit au titre du revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des

familles, tel qu'il résulte de l'ordonnance n° 2011-1641 du 24 novembre 2011 portant extension et adaptation du revenu de solidarité active au Département de Mayotte. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Ces retenues sont déterminées dans des conditions définies par décret en fonction de la composition de la famille du bénéficiaire, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret. Pour le recouvrement de l'allocation pour adulte handicapé indûment versée, le directeur de la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte peut, dans les délais et selon les conditions fixées par décret, délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal chargé des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Les décisions de la caisse gestionnaire notifiant le recouvrement de l'allocation indûment versée indiquent les voies et délais de recours ouverts à l'allocataire ainsi que les conditions et les délais dans	familles, tel qu'il résulte de l'ordonnance n° 2011-1641 du 24 novembre 2011 portant extension et adaptation du revenu de solidarité active au Département de Mayotte. Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. Ces retenues sont déterminées dans des conditions définies par décret en fonction de la composition de la famille du bénéficiaire, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret. En cas de fraude, le directeur de l'organisme mentionné à l'article 38 peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. Pour le recouvrement de l'allocation pour adulte handicapé indûment versée, le directeur de la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte peut, dans les délais et selon les conditions fixées par décret, délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal chargé des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces mentionnées à l'article 20-1 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, ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I et II du titre II et au chapitre I du titre VI de la présente ordonnance, au titre Ier de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. Les décisions de la caisse gestionnaire notifiant le recouvrement de l'allocation indûment versée indiquent les voies et délais de recours ouverts à l'allocataire ainsi que les conditions et les délais dans lesquels il peut présenter ses observations écrites ou

lesquels il peut présenter ses observations écrites ou orales. Dans ce dernier cas, le débiteur peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix. Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux paiements indus d'allocation aux adultes handicapés à compter du 1er janvier 2012. Jusqu'au 31 décembre 2013, les retenues prévues au premier alinéa ne peuvent excéder un pourcentage déterminé par décret.	orales. Dans ce dernier cas, le débiteur peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix. Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux paiements indus d'allocation aux adultes handicapés à compter du 1er janvier 2012. Jusqu'au 31 décembre 2013, les retenues prévues au premier alinéa ne peuvent excéder un pourcentage déterminé par décret.
Article 42-1, en son 5°, actuel	Article 42-1, en son 5°, modifié
(...) 5° L'article L. 835-3 est ainsi modifié : a) Au troisième alinéa, les mots : " soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du présent code " sont remplacés par les mots : " soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre de l'allocation pour adulte handicapé prévue au chapitre II du titre VI de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 modifiée relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte " ; b) Au cinquième alinéa, les mots : " aux articles L. 553-2 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code " sont remplacés par les mots : " à l'article 13 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité territoriale de Mayotte, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, à l'article 35-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 modifiée relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte " ; c) Au dernier alinéa, les mots : " des articles L. 553-2, L. 821-5-1 ou L. 835-3 du code de la sécurité sociale " sont remplacés par les mots : " du présent article ou de l'article 13 de l'ordonnance du 7 février 2002 précitée, de l'article 35-1 de l'ordonnance du 27 mars 2002 précitée ".	(...) 5° L'article L. 835-3 est ainsi modifié : a) Au troisième alinéa, les mots : " soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du présent code " sont remplacés par les mots : " soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre de l'allocation pour adulte handicapé prévue au chapitre II du titre VI de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 modifiée relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte " ; b) Au cinquième alinéa, les mots : " aux articles L. 553-2 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code " sont remplacés par les mots : " à l'article 13 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité territoriale de Mayotte, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, à l'article 35-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 modifiée relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte " ; c) ~~Au dernier~~ A l'avant-dernier alinéa, les mots : " des articles L. 553-2, L. 821-5-1 ou L. 835-3 du code de la sécurité sociale " sont remplacés par les mots : " du présent article ou de l'article 13 de l'ordonnance du 7 février 2002 précitée, de l'article 35-1 de l'ordonnance du 27 mars 2002 précitée ". d) Au dernier alinéa, les mots : "gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre " sont remplacés par les mots : "mentionnées à l'article 20-1 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, ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I et II du titre II et au chapitre I du titre VI de la présente ordonnance, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale "
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	
Article 104-1 actuel	Article 104-1 modifié
I. — A compter du 1er juillet 2012, les dispositions des articles L. 411-1 à L. 412-9, des articles L. 421-1 à L. 482-5, de l'article L. 743-1 et des articles L. 754-1 à L. 754-3 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. II. — Les articles 2 à 4, 6 à 49, 51 à 97 et 100 à 102-1 de la présente ordonnance sont abrogés à compter du 30 juin 2012.	I. — A compter du 1er juillet 2012, les dispositions des articles L. 411-1 à L. 412-9, des articles L. 421-1 à L. 482-5, de l'article L. 743-1 et des articles L. 754-1 à L. 754-3 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. En tant qu'elles concernent le régime accidents du travail et maladies professionnelles, les dispositions de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte, sous réserve des adaptations suivantes : au dernier alinéa, les mots : " mentionnées aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles " sont remplacés par les mots : " en espèce mentionnées à l'article 20-1 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, ou sur les prestations mentionnées au chapitre II du titre Ier 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, aux chapitres Ier et II du titre II, aux chapitres Ier et II du titre VI et au titre VI bis de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre Ier de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles ." II. — Les articles 2 à 4, 6 à 49, 51 à 97 et 100 à 102-1 de la présente ordonnance sont abrogés à compter du 30 juin 2012.
Ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte	
Article 1er, en son 8° actuel	Article 1er, en son 8° modifié

(...) 8° L'article L. 845-3 est ainsi modifié : a) Au troisième alinéa, les mots : aux articles L. 511-1, L. 831-1 et au titre II du livre VIII du présent code, au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation sont remplacés par les mots : à l'article 2 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, à l'article 35 et à l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, dès lors que les prestations dont il s'agit ne sont pas versées en tiers payant au bailleur ; b) Le cinquième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé : Les retenues mentionnées aux troisième et quatrième alinéas du présent article sont déterminées en application des règles prévues par l'article 13 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.	(...) 8° L'article L. 845-3 est ainsi modifié : a) Au troisième alinéa, les mots : aux articles L. 511-1, L. 831-1 et au titre II du livre VIII du présent code, au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation sont remplacés par les mots : à l'article 2 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, à l'article 35 et à l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, dès lors que les prestations dont il s'agit ne sont pas versées en tiers payant au bailleur ; b) Le cinquième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé : Les retenues mentionnées aux troisième et quatrième alinéas du présent article sont déterminées en application des règles prévues par l'article 13 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. c) Au dernier alinéa, les mots : " gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre " sont remplacés par les mots : " mentionnées à l'article 20-1 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, ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I^{er} et II du titre VI de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale " .
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	
Néant	Article 8-4 nouveau
	L'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux prestations mentionnés aux articles 9 et 12-1 sous réserve des adaptations suivantes : au dernier alinéa, les mots : " aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation " sont remplacés par les mots : " aux articles 9-6, 11 et 13-2 de la présente ordonnance, au titre II du livre VIII du code de la sécurité sociale et aux articles 5 et 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable

	à Saint-Pierre et Miquelon. ”
Article 9-6 actuel	Article 9-6 modifié
L'assurance invalidité est régie par les articles L. 341-1 à L. 342-6 du code de la sécurité sociale. Les articles L. 171-1, L. 171-2, L. 172-3, L. 355-1 à L. 355-3, L. 361-1, L. 371-4, L. 371-7 et L. 376-1 à L. 376-3 du même code sont applicables aux titulaires d'un avantage d'invalidité.	L'assurance invalidité est régie par les articles L. 341-1 à L. 342-6 du code de la sécurité sociale. Les articles L. 171-1, L. 171-2, L. 172-3, L. 355-1 à L. 355-3, L. 361-1, L. 371-4, L. 371-7 et L. 376-1 à L. 376-3 du même code sont applicables aux titulaires d'un avantage d'invalidité. Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : " gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation " sont remplacés par les mots : " mentionnées à l'article 9 de la présente ordonnance ou sur les prestations mentionnées aux articles 11, 12-1 et 13-2 de la présente ordonnance et aux articles 5 et 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre et Miquelon. "
Article 11, c) du 13°, actuel	Article 11, c) du 13°, modifié
(...) 13° Articles L. 553-1 à L. 553-3, le I de l'article L. 553-4, à l'exception du cinquième alinéa, et l'article L. 553-5 sous réserve des adaptations suivantes : (...) c) A l'article L. 553-2, les mots : "un organisme de prestations familiales, la Caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale" ; (...)	(...) 13° Articles L. 553-1 à L. 553-3, le I de l'article L. 553-4, à l'exception du cinquième alinéa, et l'article L. 553-5 sous réserve des adaptations suivantes : (...) ~~c) A l'article L. 553-2, les mots : "un organisme de prestations familiales, la Caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale" ;~~ c) A l'article L. 553-2 : - les mots : "un organisme de prestations familiales, la Caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale " ; - au dernier alinéa, les mots : " gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du livre VIII " sont remplacés par les mots : " mentionnées à l'article 8-4 ou sur les prestations mentionnées à l'article 9-6 de la présente ordonnance, aux titres II et IV de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ". (...)

Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon	
Article 5 actuel	Article 5 modifié
Les assurances vieillesse et veuvage du régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sont régies par : (...) 3° Les dispositions des chapitres Ier à VI du titre V du livre III du code de la sécurité sociale (partie législative), sous réserve des adaptations suivantes : (...) o) Au quatrième alinéa de l'article L. 351-15, avant les mots : " et le régime des non-salariés agricoles ", sont insérés les mots : ", le régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ; p) Au cinquième alinéa de l'article L. 356-1, les mots : " le chapitre II du titre IV du livre (...)	Les assurances vieillesse et veuvage du régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sont régies par : (...) 3° Les dispositions des chapitres Ier à VI du titre V du livre III du code de la sécurité sociale (partie législative), sous réserve des adaptations suivantes : (...) o) Au quatrième alinéa de l'article L. 351-15, avant les mots : " et le régime des non-salariés agricoles ", sont insérés les mots : ", le régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ; o bis) Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots " gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation " sont remplacés par les mots : " mentionnées à l'article 9 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, ou sur les prestations mentionnées au titre II du livre VIII du code de la sécurité sociale, au titre IV de la présente loi, aux articles 11, 12-1 et 13-2 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 " ; p) Au cinquième alinéa de l'article L. 356-1, les mots : " le chapitre II du titre IV du livre. (...)
Article 7 actuel	Article 7 modifié
Les dispositions des chapitres V et VI du titre Ier du livre VIII du code de la sécurité sociale sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve des adaptations suivantes : 1° Au premier alinéa de l'article L. 815-1, les mots : " ou dans un département mentionné à l'article L. 751-1 " sont remplacés par les mots : ", dans un département mentionné à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon " ; 2° Au troisième alinéa de l'article L. 815-11, les mots : " ou des départements mentionnés à l'article L. 751-1 " sont remplacés par les mots : ", des départements	Les dispositions des chapitres V et VI du titre Ier du livre VIII du code de la sécurité sociale sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve des adaptations suivantes : 1° Au premier alinéa de l'article L. 815-1, les mots : " ou dans un département mentionné à l'article L. 751-1 " sont remplacés par les mots : ", dans un département mentionné à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon " ; 2° Au troisième alinéa de l'article L. 815-11, les mots : " ou des départements mentionnés à l'article L. 751-1 " sont remplacés par les mots : ", des départements

mentionnés à l'article L. 751-1 ou de Saint-Pierre-et-Miquelon " ; 3° (Abrogé) 4° Aux articles L. 815-2, L. 815-10, L. 815-11, L. 815-13, L. 815-16, L. 815-18, L. 815-20, L. 815-21, au premier alinéa de l'article L. 815-7 et au dernier alinéa de l'article L. 815-19, la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon est substituée aux organismes et services visés auxdits articles ; 5° Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 815-7, l'article L. 815-8 et le deuxième alinéa de l'article L. 815-19 ne sont pas applicables ; 6° A l'article L. 815-15, les mots : " des chapitres II, III et IV du titre IV du livre Ier " sont remplacés par les mots : " de l'article 8 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 " ; 7° Au premier alinéa de l'article L. 815-19, les mots : " aux organismes et services mentionnés à l'article L. 815-7, à l'exception de ceux qui gèrent les régimes de retraites de l'Etat et des collectivités locales " sont remplacés par les mots : " la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon " ; 8° A compter du 1er juillet 2016, les montants de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et des plafonds de ressources opposables sont égaux à la somme des montants des allocations minimales et supplémentaires fixés au 30 juin 2016 dans le cadre des règles en vigueur à cette date et sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 816-2 et au g du 1° de l'article 5 ; 9° Les personnes titulaires, au 1er juillet 2016, de l'allocation minimale, de l'allocation supplémentaire ou de l'allocation spéciale continuent à percevoir ces prestations selon les règles applicables avant cette entrée en vigueur, sous réserve de l'application des articles L. 815-11 et L. 815-12 ; 10° A l'article L. 815-12, après les mots : " du territoire métropolitain ", sont insérés les mots : " de Saint-Pierre et Miquelon ".	mentionnés à l'article L. 751-1 ou de Saint-Pierre-et-Miquelon " ; 3° (Abrogé) 4° Aux articles L. 815-2, L. 815-10, L. 815-11, L. 815-13, L. 815-16, L. 815-18, L. 815-20, L. 815-21, au premier alinéa de l'article L. 815-7 et au dernier alinéa de l'article L. 815-19, la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon est substituée aux organismes et services visés auxdits articles. Pour la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L. 815-11, les mots : " gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées au titre V du livre III, à l'article L. 511-1, au titre III du livre VIII du présent code et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation " sont remplacés par les mots : " mentionnées à l'article 9 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, ou sur les prestations mentionnées au titre II de la présente loi et aux articles 11, 12-1 et 13-2 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. " ; 5° Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 815-7, l'article L. 815-8 et le deuxième alinéa de l'article L. 815-19 ne sont pas applicables ; 6° A l'article L. 815-15, les mots : " des chapitres II, III et IV du titre IV du livre Ier " sont remplacés par les mots : " de l'article 8 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 " ; 7° Au premier alinéa de l'article L. 815-19, les mots : " aux organismes et services mentionnés à l'article L. 815-7, à l'exception de ceux qui gèrent les régimes de retraites de l'Etat et des collectivités locales " sont remplacés par les mots : " la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon " ; 8° A compter du 1^{er} juillet 2016, les montants de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et des plafonds de ressources opposables sont égaux à la somme des montants des allocations minimales et supplémentaires fixés au 30 juin 2016 dans le cadre des règles en vigueur à cette date et sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 816-2 et au g du 1° de l'article 5 ; 9° Les personnes titulaires, au 1er juillet 2016, de l'allocation minimale, de l'allocation supplémentaire ou de l'allocation spéciale continuent à percevoir ces prestations selon les règles applicables avant cette entrée en vigueur, sous réserve de l'application des articles L. 815-11 et L. 815-12 ; 10° A l'article L. 815-12, après les mots : " du territoire métropolitain ", sont insérés les mots : " de Saint-Pierre et Miquelon ".

Article 50 - Modernisation de la délivrance des prestations sociales

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La modernisation de la délivrance des prestations sociales doit permettre une avancée considérable pour le traitement des prestations sociales de manière à les rendre plus réactives et adaptées aux évolutions de la situation des allocataires.

Dans ce cadre, il est nécessaire aux organismes, afin de calculer les justes droits, de pouvoir récupérer de manière sûre et simplifiée les données relatives aux ressources mensuelles des assurés ou allocataires qui sollicitent des prestations. Ceci facilitera fortement les démarches des demandeurs en les dispensant de formalités lourdes, ou a minima de faciliter ces démarches, par un pré-remplissage le plus complet possible de leurs déclarations, notamment pour les prestations pour lesquelles la base des ressources prises en compte se révèle potentiellement plus complexe (RSA, prime d'activité par exemple).

Au-delà de ces objectifs d'une meilleure adéquation entre les prestations versées et la situation de l'allocataire et de simplification des démarches, doit également être recherché un meilleur accès aux droits aux prestations sociales par les personnes y étant potentiellement éligibles. Des niveaux élevés de non-recours sont en effet aujourd'hui observés sur nombre de dispositifs, pour des raisons de méconnaissance du cadre réglementaire applicable ou de perception de lourdeurs des démarches administratives (notamment dans leur volet, pour certaines prestations, de déclaration des ressources à prendre en compte), avec à titre d'exemples :

- le taux de non-recours au RSA est estimé à 35 % (2011, données CNAF, Comité national d'évaluation du RSA) ;
- le taux de non-recours à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est estimé entre 49 % et 65 % de la population éligible (données fonds CMU-c et DREES) ;
- le taux de non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est compris entre 24 % et 36 % (données fonds CMU-c et DREES).

Enfin, certaines prestations, notamment les minima sociaux qui par leur logique différentielle reposent sur des déclarations de ressources selon un périmètre relativement élargi – des revenus d'activités aux pensions alimentaires ou aux revenus du patrimoine – sont caractérisées, comme le RSA ou la prime d'activité, par un niveau élevé d'erreurs des allocataires sur leurs revenus déclarés, le plus souvent dénuées de caractère intentionnel mais dues à une mauvaise appréhension de la réglementation, erreurs génératrices d'indus, pour des montants élevés. A ce titre, 3,8 Md€ d'erreurs déclaratives (majoritairement sur le RSA et la prime d'activité) ne sont pas détectées au bout des 24 mois suivant le versement des prestations par les CAF, date à laquelle il n'est plus possible de les recouvrer, ces sommes étant prescrites. 2,5 Md€ d'indus sont également détectés chaque année par les CAF (dont 30 % sur les seules APL). Il s'agit donc également d'un enjeu fort pour les finances publiques. Ce niveau d'erreurs déclaratives pourrait être très significativement réduit avec une logique de pré-remplissage des déclarations trimestrielles de ressources avec les revenus d'activité contemporains.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La présente mesure s'inscrit pleinement dans le cadre des recommandations du rapport de la députée Christine CLOAREC et de Julien DAMON remis au Premier ministre le 5 septembre intitulé « La juste prestation ; pour des prestations et un accompagnement ajustés ».

Ce dernier met en avant les impératifs, aux fins de modernisation de la délivrance des prestations sociales :

- de contemporanéisation des bases de calcul des prestations, afin de les rendre plus réactives et plus ajustées aux situations des allocataires ; le rapport souligne l'ancienneté des bases de ressources (N-2) prises en compte pour l'attribution de certaines prestations, nécessitant la mise en place de mécanismes correcteurs comme des abattements et neutralisations en cas de chômage ou de séparation par exemple, mécanismes qui présentent le défaut par leur caractère forfaitaire de ne pas être par construction calibrés au plus juste des besoins des personnes et d'être par ailleurs asymétriques, puisqu'en sens inverse les changements de situation favorables sont pris en compte avec retard, ce caractère forfaitaire et asymétrique ne pouvant caractériser la recherche d'une juste prestation ;
- de réduction de la charge déclarative pesant sur les demandeurs, par l'automatisation accrue de la gestion des prestations via un partage des données et notamment des données de ressources entre

organismes, la prégnance du déclaratif étant la principale cause d'erreurs dans le versement des prestations.

Pour que la réforme atteigne ses objectifs, il est nécessaire de disposer d'une déclaration spécifique permettant de récupérer, outre les ressources d'activité qui peuvent être appréhendés par les outils existants mis en place dans le cadre de la déclaration sociale nominative, les revenus de remplacement des personnes amenés à solliciter le bénéfice de prestations sociales.

Ces données seront utilisées par les organismes de la sphère sociale dans le cadre de leurs missions de délivrance des prestations, qu'il s'agisse de prestations de sécurité sociale ou versées pour le compte de tiers, Etat ou départements.

Ces informations permettront :

- de traiter en flux l'ensemble des allocataires et des membres de leur foyer, nouveaux et actuels, en disposant en temps réel de leurs ressources et en leur permettant ainsi, sans démarche administrative complexe, de bénéficier « au plus juste » de prestations sociales auxquelles ils ont droit, et en premier lieu à compter de 2019 les APL qui concernent plus de 6 millions de foyers,
- de constituer un élément pivot dans le non-recours aux prestations.

La mesure proposée vise ainsi à moderniser et simplifier la délivrance des prestations et élargir les missions des organismes de sécurité sociale et de leur réseau, pour y intégrer une dimension d'accès aux droits, composante essentielle des objectifs de lutte contre la pauvreté. Cette dimension d'amélioration de l'accès aux droits :

- se nourrira de la simplification des démarches déclaratives des assurés, le rapport CLOAREC DAMON mettant en avant le caractère potentiellement dissuasif de la complexité de certaines de règles de prise en compte des ressources et des formulaires déclaratifs
- sera renforcée par la limitation des prestations indument versées. Le rapport sur la « juste prestation » souligne ainsi que le fait d'avoir été confronté à la récupération par un organisme de protection sociale de prestations indument versées peut constituer un motif de dissuasion à recourir, pour l'avenir, à un droit à prestations.
- reposera enfin sur des actions spécifiques visant à lutter contre le non-recours, sur le modèle des rendez-vous des droits mis en place par la branche famille (300 000 en 2017) ou des rendez-vous prestations qu'organise la MSA afin de faire le point sur la situation globale de la personne au regard des prestations auxquelles elle pourrait avoir droit. Ces rendez-vous, dont les premières évaluations soulignent l'impact dans la lutte contre le non-recours (63 % des personnes pouvant bénéficier d'une prestation sociale y accèdent après un rendez-vous des droits¹), pourront s'appuyer sur la consultation dans cette base des dernières ressources de la personne connues des organismes.

L'usage des données transmises dans le cadre des déclarations sociales nominatives pourra être élargi dans un second temps avec la mise en place, d'ici 2022 du pré-remplissage de la déclaration trimestrielle de ressources du RSA et de la prime d'activité, de la déclaration de ressources pour l'AAH et de la déclaration de CMU-C élargie, ainsi qu'avec son utilisation pour les prestations familiales, l'ASPA et les pensions de réversion.

En 2019, une solution temporaire sera mise en place afin d'atteindre l'objectif de modernisation de la délivrance des prestations sociales et d'adaptation des droits à la situation réelle des allocataires et aux évolutions de leur situation dans le calendrier fixé par le Gouvernement. En effet, 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.

La solution transitoire choisie permettra également de répondre aux impératifs de simplification pour 6,5 millions de ménages modestes (soit 14 millions de personnes) dès la mise en place de la réforme. Elle permettra également de couvrir la situation des nouveaux allocataires (150 000 nouveaux ménages chaque mois) qui constituent de fait une population centrale au regard des objectifs même du dispositif.

b) b) Autres options possibles

- L'utilisation du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) pour répondre à l'objectif poursuivi soulèverait plusieurs difficultés.

La mobilisation du RNCPS a été étudiée mais les informations nécessaires à la mise en œuvre d'un calcul des prestations ne sont pas contenues dans le RNCPS. Cet outil ne permet en effet que de connaître les droits ouverts

¹ DREES, Etudes et résultats n° 1058, 2018.

au bénéfice d'un assuré. Il affiche la nature des prestations qui lui sont versées au moment de la consultation mais ne contient pas les montants de ces prestations. Il ne stocke donc pas les éléments de ressources utiles au calcul des droits mais permet seulement aux agents de disposer d'une vision aussi complète que possible des droits d'un assuré à un instant donné.

A ce jour, le RNCPS ne centralise que les données communes d'identification et les données de rattachement. En parallèle, il sollicite les systèmes d'informations des organismes concernés pour obtenir les informations relatives à chaque bénéficiaire de prestation, dont notamment les droits ouverts (nature de prestation).

Par ailleurs, tous les organismes adhérents du RNCPS ne disposent pas dans leur système d'informations des données ressources indispensables à l'appréciation des droits aux différentes prestations. En fonction de la prestation servie, l'assiette des ressources prises en compte et la profondeur des données est différente.

- Une vision trop restrictive du périmètre de la base prévue de manière temporaire sur 2019 nécessiterait la mise en place d'un système à deux vitesses, automatisé pour les personnes déjà allocataires, mais déclarative pour 150 000 nouveaux ménages venant solliciter chaque mois leurs droits. Ainsi les ménages ciblés par cette mesure, ceux les plus éloignés du droit, seraient concernés par les démarches les plus lourdes.

- Attendre la solution technique qui entrera en vigueur en 2020 aurait par ailleurs un impact négatif sur les finances publiques, tout mois de décalage dans la mise en œuvre de la réforme par rapport à la solution proposée engendrant environ 100 M€ de dépenses supplémentaires.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure a sa place en loi de financement de la sécurité sociale car elle est relative aux modalités de recouvrement (3° du B. du V. de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale) et qu'elle modifiera de manière profonde le mode de fonctionnement et de gestion des organismes de sécurité sociale, tout en ayant à terme un impact financier important sur les régimes, aussi bien sur leurs coûts de gestion que sur le montant des prestations versées du fait d'une prise en compte plus contemporaine des ressources des allocataires, des effets de la mesure sur l'accès au droit et de la réduction des erreurs dans le versement des prestations du fait des données déclaratives de ressources (2° et 3° C. V. de l'article LO. 111-3).

A court terme, la mise en place de cette réforme a un impact sur les coûts de gestion de la branche famille et de l'activité de recouvrement.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAV et de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, les conseils de la CNAM, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

Une demande de conseil auprès de la CNIL a également été effectuée lors de l'élaboration de la mesure. La mesure proposée résulte des observations faites par la commission.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Sans objet.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive... et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

D'une manière générale, la mesure est compatible avec les règles fixées par les traités ou en découlant. Elle s'inscrit dans le cadre juridique posé par le règlement n° 2016/679, dit règlement général sur la protection des données (RGPD) s'agissant d'un dispositif « nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement » (cf. f du 1 de l'article 6 du règlement) et présentant des garanties individuelles élevées.

c) Possibilité de codification

Dispositions codifiées avec la modification des dispositions existantes du livre premier du code de la sécurité sociale sur la déclaration sociale nominative, du livre deux sur les missions des caisses nationales de sécurité sociale et du livre cinq sur les aides personnelles au logement, ainsi que par la modification du code rural et de la pêche maritime et du code de la construction et de l'habitat.

d) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans Objet.

e) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements et Régions d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mise en œuvre de cette mesure représente un investissement conséquent pour les organismes de sécurité sociale.

En termes notamment de développements informatiques, les acteurs de la sécurité sociale engagés dans le projet mobiliseront sur l'année à venir des moyens évalués à hauteur de 22 M€.

Par ailleurs, l'impact en gestion est évalué à 30 M€ en moyenne sur les quatre prochaines années.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022

		- 69	- 25	- 14	- 14

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) impacts économiques

La délivrance de prestations adaptées à la situation économique actuelle des allocataires est un progrès pour les ménages. Elle évitera des à-coups pouvant être particulièrement préjudiciables dans la situation financière des ménages.

b) impacts sociaux

La modernisation de la délivrance des prestations sociales permettra de répondre à plusieurs finalités :

- Adapter le calcul des prestations à la situation réelle des personnes et à leurs changements de situations ;
- Simplifier les démarches des allocataires ;
- Renforcer l'accès au droit en limitant le non-recours

• Impact sur les jeunes

Les jeunes entrant sur le marché du travail connaîtront une actualisation immédiate de leurs droits dès leur prise d'activité.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Néant

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Néant

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La modernisation des conditions de délivrance des prestations sociales permettra de calculer les droits au plus près de la situation des personnes et d'améliorer ainsi la situation des allocataires.

Elle permettra de favoriser l'accès au droit en simplifiant significativement les démarches administratives et en renforçant la capacité de lutte contre le non recours des organismes de sécurité sociale limitant ainsi le non-recours aux prestations.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La modernisation des conditions de délivrance des prestations sociales permettra de rationaliser les coûts de gestion des organismes utilisateurs des données et d'éviter la multiplication des flux de données. L'utilisation des données issues de cette déclaration demandera néanmoins des évolutions importantes des systèmes d'information de la part des organismes payeurs ainsi qu'une adaptation des parcours usagers liées aux prestations concernées.

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Cf. tableau d'impact économique.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Après consultation de la Commission nationale Informatique et Libertés, seront pris les textes suivants :

- Textes réglementaires d'application portant sur les aides au logement - Avril 2019
- Décret en Conseil d'Etat sur l'utilisation du NIR pour les échanges d'informations nécessaires à la gestion des droits et des prestations – Décembre 2018
- Décret listant les données transmises via la déclaration prévue au II bis nouveau de l'article L. 133-5-3 du CSS – Décembre 2018

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La réforme d'actualisation de la base ressources des aides au logement doit entrer en vigueur mi-2019.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Information générale sur les sites des organismes verseurs des aides au logement et les sites grand public (mes droits sociaux, servicepublic.fr ...)

Information individuelle des assurés par les organismes qui leur versent des revenus entrant dans le calcul des aides au logement et les transmettent à l'administration sociale ainsi que par l'administration fiscale.

d) Suivi de la mise en œuvre

Des outils seront mis en place au sein des organismes verseurs des prestations.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 133-5-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 133-5-3 modifié du code de la sécurité sociale
I.- Tout employeur de personnel salarié ou assimilé adresse à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative établissant pour chacun des salariés ou assimilés le lieu d'activité et les caractéristiques de l'emploi et du contrat de travail, les montants des rémunérations, des cotisations et contributions sociales et la durée de travail retenus ou établis pour la paie de chaque mois, les dates de début et de fin de contrat, de suspension et de reprise du contrat de travail intervenant au cours de ce mois, ainsi que, le cas échéant, une régularisation au titre des données inexactes ou incomplètes transmises au cours des mois précédents. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Les données de cette déclaration servent au recouvrement des cotisations, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des salariés en matière d'assurances sociales, de formation et de prévention des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels, à la détermination du taux de certaines cotisations, au versement de certains revenus de remplacement ainsi qu'à l'accomplissement par les administrations et organismes destinataires de leurs missions. II.- La transmission de la déclaration sociale nominative permet aux employeurs d'accomplir les formalités déclaratives suivantes : 1° Les déclarations leur incombant auprès des organismes de sécurité sociale pour la détermination des droits aux prestations de sécurité sociale de leurs salariés ; 2° La déclaration prévue à l'article 87 du code général des impôts ; 3° Toute autre déclaration portant sur les mêmes données que celles transmises au titre des déclarations mentionnées aux 1° et 2°, lorsque la déclaration sociale nominative permet de s'y substituer.	I.- Tout employeur de personnel salarié ou assimilé adresse à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative établissant pour chacun des salariés ou assimilés le lieu d'activité et les caractéristiques de l'emploi et du contrat de travail, les montants des rémunérations, des cotisations et contributions sociales et la durée de travail retenus ou établis pour la paie de chaque mois, les dates de début et de fin de contrat, de suspension et de reprise du contrat de travail intervenant au cours de ce mois, ainsi que, le cas échéant, une régularisation au titre des données inexactes ou incomplètes transmises au cours des mois précédents. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Les données de cette déclaration servent au recouvrement des cotisations, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des salariés en matière d'assurances sociales, de formation et de prévention des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels, à la détermination du taux de certaines cotisations, au versement de certains revenus de remplacement ainsi qu'à l'accomplissement par les administrations et organismes destinataires de leurs missions. II.- La transmission de la déclaration sociale nominative permet aux employeurs d'accomplir les formalités déclaratives suivantes : 1° Les déclarations leur incombant auprès des organismes de sécurité sociale pour la détermination des droits aux prestations de sécurité sociale de leurs salariés ; 2° La déclaration prévue à l'article 87 du code général des impôts ; 3° Toute autre déclaration portant sur les mêmes données que celles transmises au titre des déclarations mentionnées aux 1° et 2°, lorsque la déclaration sociale nominative permet de s'y substituer. II bis. – Tout organisme versant des sommes imposables autres que des salaires transmis via la déclaration prévue au I ainsi que tout organisme versant des prestations sociales, y compris au titre de la protection sociale complémentaire, non imposables, dont la liste est fixée par décret, adresse mensuellement à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative comportant pour chacune des personnes

III.-Les modalités d'application du présent article, la liste des déclarations et formalités auxquelles elle se substitue ainsi que le délai à l'issue duquel l'employeur ayant rempli la déclaration sociale nominative est réputé avoir accompli ces déclarations ou ces formalités sont précisés par décret en Conseil d'Etat.	attributaires de ces sommes et prestations et, après information de celles-ci, les informations relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Les données de cette déclaration servent uniquement au recouvrement des cotisations, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales ainsi qu'à l'accomplissement par les administrations et organismes destinataires de leurs missions. La transmission de cette déclaration permet d'accomplir les formalités déclaratives prévues à l'article 87-0 A du code général des impôts. Le défaut de production de cette déclaration entraîne l'application de la pénalité prévue à l'article L. 133-5-4. Les données issues de cette déclaration sont conservées pendant la durée nécessaire à l'ouverture et au calcul des prestations, dont la liste est fixée par décret, et pour la gestion desquelles ces données sont utilisées. III.- Les modalités d'application du présent article, la liste des déclarations et formalités auxquelles elle se substitue ainsi que le délai à l'issue duquel l'employeur ayant rempli la déclaration sociale nominative est réputé avoir accompli ces déclarations ou ces formalités sont précisés par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 221-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 221-1 modifié du code de la sécurité sociale
La Caisse nationale de l'assurance maladie gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ; 1° bis D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; 2° De définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;	La Caisse nationale de l'assurance maladie gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ; 1° bis D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; 2° De définir et de mettre en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale

3°) De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ; 4°) D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ; 5°) D'organiser et de diriger le contrôle médical ; 6°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 7°) De mettre en œuvre les actions conventionnelles ; 8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1, L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° bis du présent article ; 9° De participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé ; 10°) De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale ; 11°) (Abrogé) ; 12° De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation. La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code. La Caisse nationale de l'assurance maladie publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et des données relatives aux services rendus aux travailleurs	; 3°) De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ; 4°) D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ; 4° bis) 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 assurés ; 5°) D'organiser et de diriger le contrôle médical ; 6°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 7°) De mettre en œuvre les actions conventionnelles ; 8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1, L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° bis du présent article ; 9° De participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé ; 10°) De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale ; 11°) (Abrogé) ; 12° De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation. La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code. La Caisse nationale de l'assurance maladie publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui

indépendants.	comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et des données relatives aux services rendus aux travailleurs indépendants.
Article L. 222-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 222-1 modifié du code de la sécurité sociale
La Caisse nationale d'assurance vieillesse gère la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux et effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ; 2° De définir les orientations de la gestion de l'assurance retraite des travailleurs salariés et non-salariés, et d'en assurer la coordination ; 3° D'exercer un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et sur les caisses générales de sécurité sociale concernant leurs attributions en matière de vieillesse ; 4° D'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des travailleurs salariés après consultation de son conseil d'administration ; 5° De proposer, par l'intermédiaire de son conseil d'administration, toute mesure, notamment dans le cadre de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui lui paraît nécessaire pour garantir dans la durée l'équilibre financier de l'assurance vieillesse du régime général. Les propositions et les avis qu'elle émet sont rendus publics.	La Caisse nationale d'assurance vieillesse gère la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux et effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ; 2° De définir les orientations de la gestion de l'assurance retraite des travailleurs salariés et non-salariés, et d'en assurer la coordination ; 3° D'exercer un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et sur les caisses générales de sécurité sociale concernant leurs attributions en matière de vieillesse ; 4° D'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des travailleurs salariés après consultation de son conseil d'administration ; 4° bis 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 assurés ; 5° De proposer, par l'intermédiaire de son conseil d'administration, toute mesure, notamment dans le cadre de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui lui paraît nécessaire pour garantir dans la durée l'équilibre financier de l'assurance vieillesse du régime général. Les propositions et les avis qu'elle émet sont rendus publics.
Article L. 223-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 223-1 modifié du code de la sécurité sociale
La caisse nationale des allocations familiales gère la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux et effectue le	La caisse nationale des allocations familiales gère la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes

règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ; 2°) De gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ; 3°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 4°) (Abrogé) 5°) De rembourser les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime des exploitants agricoles des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ; 6°) D'assurer le remboursement des indemnités ou allocations versées dans les conditions fixées par l'article L. 331-8 et le II de l'article L. 623-1 du présent code, les articles L. 732-12-1 et L. 742-3 du code rural et le dernier alinéa de l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines, ainsi que des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations dont le montant est fixé par arrêté ministériel ; 7°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ; 8°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.	locaux et effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ; 2°) De gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ; 3°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 4°) De 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 allocataires ; 5°) De rembourser les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime des exploitants agricoles des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ; 6°) D'assurer le remboursement des indemnités ou allocations versées dans les conditions fixées par l'article L. 331-8 et le II de l'article L. 623-1 du présent code, les articles L. 732-12-1 et L. 742-3 du code rural et le dernier alinéa de l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines, ainsi que des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations dont le montant est fixé par arrêté ministériel ; 7°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ; 8°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.
Article L. 542-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 542-2 modifié du code de la sécurité sociale
I. - L'allocation de logement n'est due, au titre de leur résidence principale, qu'aux personnes : 1° payant un minimum de loyer, compte tenu de leurs	I. - L'allocation de logement n'est due, au titre de leur résidence principale, qu'aux personnes : 1° payant un minimum de loyer, compte tenu de leurs

ressources et de la valeur en capital de leur patrimoine, lorsque cette valeur est supérieure à 30 000 € ; toutefois, pour les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L. 821-1 ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévue à l'article L. 541-1 du présent code, ainsi que pour les demandeurs résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou dans une résidence autonomie mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la valeur en capital du patrimoine n'est pas prise en compte dans le calcul de l'aide ; sont assimilées aux loyers les mensualités versées pour accéder à la propriété de l'habitation, ainsi que la rémunération de l'opérateur mentionnée au III de l'article 29-11 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, et l'indemnité d'occupation mentionnée à l'article L. 615-9 du code de la construction et de l'habitation et la redevance mentionnée à l'article L. 615-10 du même code ; l'allocation n'est pas due pour les prêts permettant d'accéder à la propriété de l'habitation qui sont signés à compter du 1er janvier 2018 (1) ; la détermination et les conditions de prise en compte des ressources et de la valeur du patrimoine sont définies par décret ; 2° habitant un logement répondant aux caractéristiques définies en application des premier et deuxième alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs ; 3° Habitant un logement répondant à des conditions de peuplement fixées par voie réglementaire. II. - Lorsque le logement ne satisfait pas aux caractéristiques imposées au 2° du I du présent article et que l'organisme payeur ou un organisme dûment habilité par ce dernier a constaté que le logement ne constitue donc pas un logement décent, au sens des deux premiers alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, l'allocation de logement n'est pas versée au locataire ou au propriétaire mais est conservée par l'organisme payeur pendant un délai maximal de dix-huit mois. L'organisme payeur notifie au propriétaire le constat établissant que le logement ne remplit pas les conditions requises pour être qualifié de logement décent et l'informe qu'il doit mettre celui-ci en conformité dans le délai maximal précité pour que l'allocation de logement conservée lui soit versée. Durant ce délai, le locataire s'acquitte du montant du loyer et des charges récupérables, diminué du montant des allocations de logement dont il aura été informé par l'organisme payeur, sans que cette diminution puisse fonder une action du bailleur à l'encontre du locataire pour obtenir la résiliation du bail. Pour l'application de l'article 20-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, l'information du bailleur, par l'organisme payeur, sur son obligation de mise en conformité du logement, dont le locataire est également destinataire, tient lieu de demande de mise en conformité par le locataire dans le cas où ce dernier saisit la commission départementale de conciliation. L'information	ressources et de la valeur en capital de leur patrimoine, lorsque cette valeur est supérieure à 30 000 € ; toutefois, pour les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L. 821-1 ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévue à l'article L. 541-1 du présent code, ainsi que pour les demandeurs résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou dans une résidence autonomie mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la valeur en capital du patrimoine n'est pas prise en compte dans le calcul de l'aide ; sont assimilées aux loyers les mensualités versées pour accéder à la propriété de l'habitation, ainsi que la rémunération de l'opérateur mentionnée au III de l'article 29-11 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, et l'indemnité d'occupation mentionnée à l'article L. 615-9 du code de la construction et de l'habitation et la redevance mentionnée à l'article L. 615-10 du même code ; l'allocation n'est pas due pour les prêts permettant d'accéder à la propriété de l'habitation qui sont signés à compter du 1er janvier 2018 (1) ; la détermination et les conditions de prise en compte des ressources et de la valeur du patrimoine sont définies par décret ; les conditions de prise en compte des ressources notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature. 2° habitant un logement répondant aux caractéristiques définies en application des premier et deuxième alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs ; 3° Habitant un logement répondant à des conditions de peuplement fixées par voie réglementaire. II. - Lorsque le logement ne satisfait pas aux caractéristiques imposées au 2° du I du présent article et que l'organisme payeur ou un organisme dûment habilité par ce dernier a constaté que le logement ne constitue donc pas un logement décent, au sens des deux premiers alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, l'allocation de logement n'est pas versée au locataire ou au propriétaire mais est conservée par l'organisme payeur pendant un délai maximal de dix-huit mois. L'organisme payeur notifie au propriétaire le constat établissant que le logement ne remplit pas les conditions requises pour être qualifié de logement décent et l'informe qu'il doit mettre celui-ci en conformité dans le délai maximal précité pour que l'allocation de logement conservée lui soit versée. Durant ce délai, le locataire s'acquitte du montant du loyer et des charges récupérables, diminué du montant des allocations de logement dont il aura été informé par l'organisme payeur, sans que cette diminution puisse fonder une action du bailleur à l'encontre du locataire pour obtenir la résiliation du bail. Pour l'application de l'article 20-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, l'information du bailleur, par l'organisme payeur, sur son obligation de mise en conformité du logement, dont le locataire est également destinataire, tient lieu de demande de mise en conformité par le locataire dans le cas où ce dernier

du locataire reproduit les dispositions de ce même article et précise l'adresse de la commission départementale de conciliation. Dès que le constat de mise en conformité du logement est établi par l'organisme payeur ou par un organisme dûment habilité par ce dernier, le montant de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur est versé au propriétaire. L'organisme payeur informe le bailleur de l'existence d'aides publiques et des lieux d'information pour réaliser les travaux de mise en conformité du logement. III. - Si le logement ne répond toujours pas aux caractéristiques mentionnées au 2° du I du présent article à l'issue du délai de mise en conformité prévu au premier alinéa du II : 1° Le bénéfice de l'allocation de logement conservée jusqu'à cette date par l'organisme payeur au titre de la période durant laquelle il a été fait application du premier alinéa du II est définitivement perdu. Le propriétaire ne peut demander au locataire le paiement de la part de loyer non perçue correspondant au montant de l'allocation conservée ; 2° L'allocation de logement, le cas échéant recalculée dans le cas où un nouveau loyer est fixé par le juge, peut, à titre exceptionnel, dans des cas fixés par décret, en vue de permettre l'achèvement d'une mise en conformité engagée, de prendre en compte l'action du locataire pour rendre son logement décent par la voie judiciaire ou de prévenir des difficultés de paiement du loyer ou de relogement du locataire, être maintenue par décision de l'organisme payeur et conservée par ce dernier pour une durée de six mois, renouvelable une fois. Durant ce délai, le locataire s'acquitte du montant du loyer et des charges récupérables, diminué du montant des allocations de logement dont il aura été informé par l'organisme payeur sans que cette diminution puisse fonder une action du bailleur à l'encontre du locataire pour obtenir la résiliation du bail. Dès que le constat de mise en conformité du logement est établi, le montant de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur est versé au propriétaire. Si le logement ne répond toujours pas aux caractéristiques mentionnées au 2° du I du présent article à l'issue de ce délai, le bénéfice de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur au titre de la période durant laquelle il a été fait application du 2° du présent III est définitivement perdu. Le propriétaire ne peut demander au locataire le paiement de la part de loyer non perçue correspondant au montant de l'allocation conservée. IV. - A chaque changement de locataire, s'il est de nouveau constaté que le logement n'est pas conforme aux caractéristiques mentionnées au 2° du I du présent article, l'allocation de logement n'est pas versée au nouveau locataire ou au propriétaire mais est conservée par l'organisme payeur pour une durée de six mois, éventuellement prolongée par décision de cet organisme, à titre exceptionnel, dans les cas définis par le décret mentionné au 2° du III, pour une durée de six mois. Durant ce délai, le locataire s'acquitte du montant du loyer et des charges récupérables, diminué du montant des allocations de logement dont il aura été informé par l'organisme payeur sans que cette diminution puisse fonder une action	saisit la commission départementale de conciliation. L'information du locataire reproduit les dispositions de ce même article et précise l'adresse de la commission départementale de conciliation. Dès que le constat de mise en conformité du logement est établi par l'organisme payeur ou par un organisme dûment habilité par ce dernier, le montant de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur est versé au propriétaire. L'organisme payeur informe le bailleur de l'existence d'aides publiques et des lieux d'information pour réaliser les travaux de mise en conformité du logement. III. - Si le logement ne répond toujours pas aux caractéristiques mentionnées au 2° du I du présent article à l'issue du délai de mise en conformité prévu au premier alinéa du II : 1° Le bénéfice de l'allocation de logement conservée jusqu'à cette date par l'organisme payeur au titre de la période durant laquelle il a été fait application du premier alinéa du II est définitivement perdu. Le propriétaire ne peut demander au locataire le paiement de la part de loyer non perçue correspondant au montant de l'allocation conservée ; 2° L'allocation de logement, le cas échéant recalculée dans le cas où un nouveau loyer est fixé par le juge, peut, à titre exceptionnel, dans des cas fixés par décret, en vue de permettre l'achèvement d'une mise en conformité engagée, de prendre en compte l'action du locataire pour rendre son logement décent par la voie judiciaire ou de prévenir des difficultés de paiement du loyer ou de relogement du locataire, être maintenue par décision de l'organisme payeur et conservée par ce dernier pour une durée de six mois, renouvelable une fois. Durant ce délai, le locataire s'acquitte du montant du loyer et des charges récupérables, diminué du montant des allocations de logement dont il aura été informé par l'organisme payeur sans que cette diminution puisse fonder une action du bailleur à l'encontre du locataire pour obtenir la résiliation du bail. Dès que le constat de mise en conformité du logement est établi, le montant de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur est versé au propriétaire. Si le logement ne répond toujours pas aux caractéristiques mentionnées au 2° du I du présent article à l'issue de ce délai, le bénéfice de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur au titre de la période durant laquelle il a été fait application du 2° du présent III est définitivement perdu. Le propriétaire ne peut demander au locataire le paiement de la part de loyer non perçue correspondant au montant de l'allocation conservée. IV. - A chaque changement de locataire, s'il est de nouveau constaté que le logement n'est pas conforme aux caractéristiques mentionnées au 2° du I du présent article, l'allocation de logement n'est pas versée au nouveau locataire ou au propriétaire mais est conservée par l'organisme payeur pour une durée de six mois, éventuellement prolongée par décision de cet organisme, à titre exceptionnel, dans les cas définis par le décret mentionné au 2° du III, pour une durée de six mois. Durant ce délai, le locataire s'acquitte du montant

du bailleur à l'encontre du locataire pour obtenir la résiliation du bail. Dès que le constat de mise en conformité du logement est établi ou si le logement ne répond toujours pas aux caractéristiques mentionnées au 2° du I du présent article à l'issue de ce délai, il est procédé conformément au dernier alinéa du III. V. - Lorsque le montant de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur en application des II à IV est versé au propriétaire après que le constat de mise en conformité du logement a été établi, le propriétaire verse, le cas échéant, au locataire la part de l'allocation de logement conservée qui excède le montant du loyer et des charges récupérables. VI. - Outre les cas mentionnés aux II à IV, l'allocation de logement peut être accordée à titre dérogatoire et pendant une durée déterminée, dans des conditions fixées par décret. VII. - L'allocation de logement est due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Toutefois, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande, l'allocation est due à compter du premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée. Les dispositions prévues à la première phrase de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux personnes qui, hébergées par un organisme logeant à titre temporaire des personnes défavorisées et bénéficiant de l'aide mentionnée à l'article L. 851-1, accèdent à un logement ouvrant droit à l'allocation de logement, afin d'assurer la continuité des prestations prévue par le second alinéa de l'article L. 552-1. De la même façon, elles ne s'appliquent pas aux personnes dont le logement a fait l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril lorsque, dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 521-2 du code de la construction et de l'habitation, elles reprennent le paiement du loyer ou de toute autre somme versée en contrepartie de l'occupation de ce logement ou lorsqu'elles sont relogées. VIII. - L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un pacte civil de solidarité, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement, personnellement ou par l'intermédiaire de parts sociales de sociétés, quels que soient leurs formes et leurs objets. Par dérogation, cette aide peut être versée si l'ensemble des parts de propriété et d'usufruit du logement ainsi détenues est inférieur à des seuils fixés par décret. Ces seuils ne peuvent excéder 20 %.	du loyer et des charges récupérables, diminué du montant des allocations de logement dont il aura été informé par l'organisme payeur sans que cette diminution puisse fonder une action du bailleur à l'encontre du locataire pour obtenir la résiliation du bail. Dès que le constat de mise en conformité du logement est établi ou si le logement ne répond toujours pas aux caractéristiques mentionnées au 2° du I du présent article à l'issue de ce délai, il est procédé conformément au dernier alinéa du III. V. - Lorsque le montant de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur en application des II à IV est versé au propriétaire après que le constat de mise en conformité du logement a été établi, le propriétaire verse, le cas échéant, au locataire la part de l'allocation de logement conservée qui excède le montant du loyer et des charges récupérables. VI. - Outre les cas mentionnés aux II à IV, l'allocation de logement peut être accordée à titre dérogatoire et pendant une durée déterminée, dans des conditions fixées par décret. VII. - L'allocation de logement est due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Toutefois, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande, l'allocation est due à compter du premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée. Les dispositions prévues à la première phrase de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux personnes qui, hébergées par un organisme logeant à titre temporaire des personnes défavorisées et bénéficiant de l'aide mentionnée à l'article L. 851-1, accèdent à un logement ouvrant droit à l'allocation de logement, afin d'assurer la continuité des prestations prévue par le second alinéa de l'article L. 552-1. De la même façon, elles ne s'appliquent pas aux personnes dont le logement a fait l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril lorsque, dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 521-2 du code de la construction et de l'habitation, elles reprennent le paiement du loyer ou de toute autre somme versée en contrepartie de l'occupation de ce logement ou lorsqu'elles sont relogées. VIII. - L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un pacte civil de solidarité, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement, personnellement ou par l'intermédiaire de parts sociales de sociétés, quels que soient leurs formes et leurs objets. Par dérogation, cette aide peut être versée si l'ensemble des parts de propriété et d'usufruit du logement ainsi détenues est inférieur à des seuils fixés par décret. Ces seuils ne peuvent excéder 20 %.

Article L. 831-4 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 831-4 modifié du code de la sécurité sociale
Le mode de calcul de l'allocation de logement est fixé par décret en fonction du loyer payé, des ressources et de la valeur en capital du patrimoine de l'allocataire, lorsque cette valeur est supérieure à 30 000 €, de la situation de famille de l'allocataire, du nombre de personnes à charge vivant au foyer, du fait que le bénéficiaire occupe son logement en qualité de locataire d'un appartement meublé ou non meublé ou d'accédant à la propriété. Toutefois, pour les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L. 821-1 ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévue à l'article L. 541-1, ainsi que pour les allocataires résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou dans une résidence autonomie mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la valeur en capital du patrimoine n'est pas prise en compte dans le calcul de l'aide. La détermination et les conditions de prise en compte des ressources et de la valeur du patrimoine sont définies par décret en Conseil d'Etat. La prise en compte des ressources peut faire l'objet de dispositions spécifiques, lorsque le demandeur est âgé de moins de vingt-cinq ans et qu'il bénéficie d'un contrat de travail autre qu'un contrat à durée indéterminée. Les paramètres de calcul de l'allocation sont révisés chaque année au 1er octobre. Sont indexés sur l'évolution de l'indice de référence des loyers défini à l'article 17-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 les paramètres suivants : -les plafonds de loyers ; -les plafonds des charges de remboursement de contrats de prêts dont la signature est postérieure à la date de révision du barème ; -le montant forfaitaire des charges ; -les équivalences de loyer et de charges locatives ; -le terme constant de la participation personnelle du ménage. Le loyer principal effectivement payé n'est pris en considération que dans la limite du prix licite et de plafonds mensuels fixés par arrêté interministériel. Le montant de l'allocation diminue au delà d'un premier plafond de loyer qui ne peut être inférieur au plafond de loyer multiplié par 2,5. Toutefois, cette diminution ne s'applique pas pour les bénéficiaires d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 541-1. Les personnes âgées ou handicapées adultes qui ont passé un contrat conforme aux dispositions de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles, sont assimilées à	Le mode de calcul de l'allocation de logement est fixé par décret en fonction du loyer payé, des ressources et de la valeur en capital du patrimoine de l'allocataire, lorsque cette valeur est supérieure à 30 000 €, de la situation de famille de l'allocataire, du nombre de personnes à charge vivant au foyer, du fait que le bénéficiaire occupe son logement en qualité de locataire d'un appartement meublé ou non meublé ou d'accédant à la propriété. Toutefois, pour les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L. 821-1 ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévue à l'article L. 541-1, ainsi que pour les allocataires résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou dans une résidence autonomie mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la valeur en capital du patrimoine n'est pas prise en compte dans le calcul de l'aide. La détermination et les conditions de prise en compte des ressources et de la valeur du patrimoine sont définies par décret en Conseil d'Etat. La prise en compte des ressources peut faire l'objet de dispositions spécifiques, lorsque le demandeur est âgé de moins de vingt-cinq ans et qu'il bénéficie d'un contrat de travail autre qu'un contrat à durée indéterminée. Les conditions de prise en compte des ressources notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature. Les paramètres de calcul de l'allocation sont révisés chaque année au 1er octobre. Sont indexés sur l'évolution de l'indice de référence des loyers défini à l'article 17-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 les paramètres suivants : -les plafonds de loyers ; -les plafonds des charges de remboursement de contrats de prêts dont la signature est postérieure à la date de révision du barème ; -le montant forfaitaire des charges ; -les équivalences de loyer et de charges locatives ; -le terme constant de la participation personnelle du ménage. Le loyer principal effectivement payé n'est pris en considération que dans la limite du prix licite et de plafonds mensuels fixés par arrêté interministériel. Le montant de l'allocation diminue au delà d'un premier plafond de loyer qui ne peut être inférieur au plafond de loyer multiplié par 2,5. Toutefois, cette diminution ne s'applique pas pour les bénéficiaires d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 541-1. Les personnes âgées ou handicapées adultes qui ont

des locataires pour bénéficier de l'allocation de logement prévue par l'article L. 831-1, au titre de la partie du logement qu'elles occupent.	passé un contrat conforme aux dispositions de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles, sont assimilées à des locataires pour bénéficier de l'allocation de logement prévue par l'article L. 831-1, au titre de la partie du logement qu'elles occupent.
Article L. 723-11 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 723-11 modifié du code rural et de la pêche maritime
La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions : 1° De représenter la mutualité sociale agricole auprès des pouvoirs publics ; 2° De participer à toutes opérations de nature à faciliter l'exercice par les caisses de mutualité sociale agricole de leurs attributions, notamment : a) En apportant aux caisses l'information et la documentation relatives à l'application de la législation sociale agricole ; b) En mettant en œuvre des traitements automatisés permettant d'identifier sur le plan national les bénéficiaires des régimes de protection sociale agricole et de centraliser les informations nécessaires à la détermination des prestations dues aux assurés ; c) En assurant la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 et en passant, pour son propre compte et celui desdits organismes, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par la caisse centrale ou les organismes de mutualité sociale agricole ; d) En passant des conventions dans les matières et avec les organismes définis aux articles L. 723-7, L. 723-8 et L. 723-9 qui, lorsqu'elles ont été approuvées par le ministre chargé de l'agriculture, sont applicables de droit dans l'ensemble des organismes de Mutualité sociale agricole ; 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; 4° De gérer les opérations de compensation en matière de gestion, d'action sanitaire et sociale et de contrôle médical des caisses de mutualité sociale agricole ; 5° De procéder aux répartitions des recettes et compensations de charges dans les conditions prévues par décret ; 6° De promouvoir et animer l'action sanitaire et sociale ; 7° De promouvoir la prévention des accidents du travail des salariés agricoles ; 8° De promouvoir la prévention des accidents du travail des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ; 9° De contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux et, par ses avis, à la définition des orientations et des conditions de mise en oeuvre de la	La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions : 1° De représenter la mutualité sociale agricole auprès des pouvoirs publics ; 2° De participer à toutes opérations de nature à faciliter l'exercice par les caisses de mutualité sociale agricole de leurs attributions, notamment : a) En apportant aux caisses l'information et la documentation relatives à l'application de la législation sociale agricole ; b) En mettant en œuvre des traitements automatisés permettant d'identifier sur le plan national les bénéficiaires des régimes de protection sociale agricole et de centraliser les informations nécessaires à la détermination des prestations dues aux assurés ; c) En assurant la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 et en passant, pour son propre compte et celui desdits organismes, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par la caisse centrale ou les organismes de mutualité sociale agricole ; d) En passant des conventions dans les matières et avec les organismes définis aux articles L. 723-7, L. 723-8 et L. 723-9 qui, lorsqu'elles ont été approuvées par le ministre chargé de l'agriculture, sont applicables de droit dans l'ensemble des organismes de Mutualité sociale agricole ; 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; 4° De gérer les opérations de compensation en matière de gestion, d'action sanitaire et sociale et de contrôle médical des caisses de mutualité sociale agricole ; 5° De procéder aux répartitions des recettes et compensations de charges dans les conditions prévues par décret ; 6° De promouvoir et animer l'action sanitaire et sociale ; 7° De promouvoir la prévention des accidents du travail des salariés agricoles ; 8° De promouvoir la prévention des accidents du travail des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ;

politique de développement rural en matière sanitaire et sociale ; 10° De prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes ; 11° De mettre en oeuvre ou de coordonner des actions de contrôle afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations et au recouvrement des cotisations ; 12° D'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1. L'individualisation de la trésorerie des différentes branches des régimes des salariés et des non-salariés agricoles est assurée par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable, dans des conditions fixées par décret.	9° De contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux et, par ses avis, à la définition des orientations et des conditions de mise en oeuvre de la politique de développement rural en matière sanitaire et sociale ; 10° De prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes ; 10° bis De définir les orientations mises en oeuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des assurés ou allocataires ; 11° De mettre en oeuvre ou de coordonner des actions de contrôle afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations et au recouvrement des cotisations ; 12° D'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1. L'individualisation de la trésorerie des différentes branches des régimes des salariés et des non-salariés agricoles est assurée par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable, dans des conditions fixées par décret.
Article L. 351-3 actuel du code de la construction et de l'habitation	Article L. 351-3 modifié du code de la construction et de l'habitation
Le montant de l'aide personnalisée au logement est calculé en fonction d'un barème défini par voie réglementaire. Ce barème est établi en prenant en considération : 1. La situation de famille du demandeur de l'aide occupant le logement et le nombre de personnes à charge vivant habituellement au foyer ; 2. Les ressources et la valeur en capital du patrimoine du demandeur, lorsque cette valeur est supérieure à 30 000 €, et, s'il y a lieu, de son conjoint et des personnes vivant habituellement à son foyer ; toutefois un abattement est opéré sur le montant des ressources, lorsque le conjoint perçoit des revenus résultant de l'exercice d'une activité professionnelle. Toutefois, pour les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévue à l'article L. 541-1 du même code, ainsi que pour les demandeurs résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou dans une résidence autonomie mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la valeur en capital du patrimoine n'est pas prise en compte dans le calcul de l'aide. La détermination et les conditions de prise en compte des ressources et de la valeur du patrimoine sont définies par décret ;	Le montant de l'aide personnalisée au logement est calculé en fonction d'un barème défini par voie réglementaire. Ce barème est établi en prenant en considération : 1. La situation de famille du demandeur de l'aide occupant le logement et le nombre de personnes à charge vivant habituellement au foyer ; 2. Les ressources et la valeur en capital du patrimoine du demandeur, lorsque cette valeur est supérieure à 30 000 €, et, s'il y a lieu, de son conjoint et des personnes vivant habituellement à son foyer ; toutefois un abattement est opéré sur le montant des ressources, lorsque le conjoint perçoit des revenus résultant de l'exercice d'une activité professionnelle. Toutefois, pour les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévue à l'article L. 541-1 du même code, ainsi que pour les demandeurs résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou dans une résidence autonomie mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, la valeur en capital du patrimoine n'est pas prise en compte dans le calcul de l'aide. La détermination et les conditions de prise en compte des ressources et de la

3. Le montant du loyer ou de la redevance définie par la loi n° 84-595 du 12 juillet 1984 précitée ou des charges de remboursement des prêts contractés pour l'acquisition du logement ou son amélioration, pris en compte dans la limite de plafonds, ainsi que les dépenses accessoires retenues forfaitairement. Le montant de l'aide diminue au delà d'un premier plafond de loyer qui ne peut être inférieur au plafond de loyer multiplié par 2,5. Toutefois, cette diminution ne s'applique pas pour les bénéficiaires d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 541-1 du code de la sécurité sociale. La prise en compte des ressources peut faire l'objet de dispositions spécifiques, lorsque le demandeur est âgé de moins de vingt-cinq ans, et qu'il bénéficie d'un contrat de travail autre qu'un contrat à durée indéterminée. Le barème est révisé chaque année au 1er octobre. Cette révision assure, par toutes mesures appropriées, le maintien de l'efficacité sociale de l'aide personnalisée au logement. Sont indexés sur l'évolution de l'indice de référence des loyers défini à l'article 17-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 les paramètres suivants : - les plafonds de loyers ; - les plafonds des charges de remboursement de contrats de prêts dont la signature est postérieure à la date de révision du barème ; - le montant forfaitaire des charges ; - les équivalences de loyer et de charges locatives ; - le terme constant de la participation personnelle du ménage. Le montant de l'aide personnalisée au logement est réduit, pour les bénéficiaires concernés par l'article L. 442-2-1, à hauteur d'une fraction fixée par décret, comprise entre 90 % et 98 %, de la réduction de loyer de solidarité prévue au même article L. 442-2-1.	valeur du patrimoine sont définies par décret ; Les conditions de prise en compte des ressources notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature. 3. Le montant du loyer ou de la redevance définie par la loi n° 84-595 du 12 juillet 1984 précitée ou des charges de remboursement des prêts contractés pour l'acquisition du logement ou son amélioration, pris en compte dans la limite de plafonds, ainsi que les dépenses accessoires retenues forfaitairement. Le montant de l'aide diminue au delà d'un premier plafond de loyer qui ne peut être inférieur au plafond de loyer multiplié par 2,5. Toutefois, cette diminution ne s'applique pas pour les bénéficiaires d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 541-1 du code de la sécurité sociale. La prise en compte des ressources peut faire l'objet de dispositions spécifiques, lorsque le demandeur est âgé de moins de vingt-cinq ans, et qu'il bénéficie d'un contrat de travail autre qu'un contrat à durée indéterminée. Le barème est révisé chaque année au 1er octobre. Cette révision assure, par toutes mesures appropriées, le maintien de l'efficacité sociale de l'aide personnalisée au logement. Sont indexés sur l'évolution de l'indice de référence des loyers défini à l'article 17-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 les paramètres suivants : - les plafonds de loyers ; - les plafonds des charges de remboursement de contrats de prêts dont la signature est postérieure à la date de révision du barème ; - le montant forfaitaire des charges ; - les équivalences de loyer et de charges locatives ; - le terme constant de la participation personnelle du ménage. Le montant de l'aide personnalisée au logement est réduit, pour les bénéficiaires concernés par l'article L. 442-2-1, à hauteur d'une fraction fixée par décret, comprise entre 90 % et 98 %, de la réduction de loyer de solidarité prévue au même article L. 442-2-1.

1. CNAM



Le Président du
Conseil de la Cnam

Date 2 octobre 2018

Monsieur le Ministre
de l'Action et des Comptes publics
Direction du budget
TELEDOC : 275 - Bâtiment A
Bureau 6BCS
139 rue de Bercy
75572 PARIS CEDEX 12

SG/MDI/RM -D-2018-51

Affaire suivie par :  mdi.cnam@assurance-maladie.fr

OBJET : Extrait d'urgence

Monsieur le Ministre,

Vous avez sollicité l'avis du conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie sur le projet de texte examiné lors de sa séance du mardi 2 octobre 2018.

- **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019**

Le conseil s'est prononcé sur ce texte par 18 prises d'acte (CFTC, CFE-CGC, FNMF, UNAASS, MEDEF et CPME), 12 voix défavorables (CGT, CFDT, CGT-FO, FNATH, M. CORONA et FAGE), 4 voix favorables (UNAPL et U2P) et 1 abstention (UNAF).

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

William GARDEY

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
50, avenue du Professeur André Lémierre - 75988 Paris Cedex 20
www.ameli.fr

2. CAT-MP



La Présidente
de la CAT/MP

Date 3 octobre 2018

Madame la Ministre
des solidarités et de la Santé
Direction de la Sécurité Sociale
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

SG/SDI/MD - D-2018-3537

 sdi.daj@cnamts.fr

OBJET : Extrait d'urgence

Madame la Ministre,

Vous avez sollicité l'avis de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles sur le projet de texte examiné lors de sa séance du mercredi 4 octobre 2018.

- **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019**

La Commission s'est prononcée sur ce texte par 1 vote favorable (U2P), 4 votes défavorables (CGT, CFDT, CGT-FO, CFE-CGC), 4 abstentions (MEDEF, CPME) et 1 prise d'acte (CFTC).

Je vous prie de croire, Madame la Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Pour la Présidente,

Marine JEANTET
La Directrice des risques professionnels

3. CNAV



Le Président du Conseil d'administration de la CNAV

à

Madame la Ministre des solidarités et de la santé

Vos/Réf. :
DSS/SD5-A
Clément LACONIN
N° D-18- 022718

Paris, le 3 octobre 2018

Contact :
Secrétariat du Conseil d'administration de la CNAV
Tél. 01 55 45 54 44
conseils-et-commissions@cnav.fr

A l'attention de Madame Mathilde LIGNOT-LELOUP, Directrice de la Sécurité sociale

Madame la Ministre,

Par lettre du 25 septembre 2018, le Ministère des solidarités et de la santé a transmis pour avis, dans le délai de sept jours prévu à l'article R. 200-4 du code de la Sécurité sociale, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

J'ai l'honneur de vous informer que ce projet de loi a été examiné par la Commission d'étude de la législation de l'assurance vieillesse du 2 octobre 2018, puis par le Conseil d'administration de ce jour qui, à la majorité, a émis un avis défavorable sur ce projet de texte.

En effet, les délégations CGT (3 voix), CGT-FO (3 voix), CFDT (3 voix), CFTC (2 voix) et CFE-CGC (2 voix), ainsi que Mme FAYARD, personne qualifiée, soit au total 14 voix, ont émis un avis négatif, tandis que le groupe U2P (3 voix) a émis un avis positif et que les délégations MEDEF (7 voix) et CPME (3 voix), ainsi que M. AQUINO, M. AUBRY et Mme MEYER-MEURET, personnes qualifiées, ont pris acte.

Je vous prie de trouver jointes à ce courrier les motivations formulées par les diverses composantes du Conseil d'administration à l'appui de leur position.

Je vous prie de croire, Madame la Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Le Président
du Conseil d'administration :

Gérard RIVIERE

4. Cnaf

Conseil d'administration du 2 octobre 2018

RELEVÉ DE DECISIONS

1. **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019**

Par :

- 3 voix pour (3 U2P),
- 18 voix contre (3 Cgt, 3 Cgt/Fo, 3 Cfdt, 2 Cfe/Cgc, 2 personnes qualifiées (Mmes Fromageau et Vignau), 5 Unaf),
- 14 prises d'acte (2 Cftc, 2 personnes qualifiées (MM. Gurgand et Lefèbvre), 3 Cpme, 6 Medef, 1 Cnpl/Unapl),

Le conseil d'administration émet un **avis défavorable** sur le PLFSS pour 2019

5. ACOSS



2 octobre 2018

CONSEIL D'ADMINISTRATION EXTRAORDINAIRE

REUNION DU 2 OCTOBRE 2012

EXTRAIT

RELEVÉ DE DÉCISION

Le conseil d'administration s'est réuni en l'absence de M. BORDAS, personne qualifiée.

DEMANDE MINISTÉRIELLE D'AVIS SUR L'AVANT-PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'ANNÉE 2019

Par 12 voix contre (délégations CFDT, CFE-CGC, CGT, FO ainsi que Mme ARAV, personne qualifiée), 12 prises d'acte (délégations CFTC, CPME, MEDEF ainsi que M. AUDIGE, personne qualifiée) et 5 voix pour (délégation U2P, le représentant des professions libérales UNAPL/CNPL ainsi que Mme VAN CAUWENBERGE, personne qualifiée), le conseil d'administration émet un avis partagé sur cet avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Sont annexées au présent extrait les déclarations des délégations suivantes :

CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT, FO, CPME, MEDEF, U2P, le représentant des professions libérales UNAPL/CNPL, Mme ARAV et Mme VAN CAUWENBERGE, personnes qualifiées.



Relevé des avis

Vu les articles L.723-12, R.723-24-1, R.723-24-2, R.723-24-3, R.723-24-4, R.723-24-5 et R.723-24-6 du Code rural et de la pêche maritime,

Vu les statuts de la Caisse Centrale de la MSA,

Vu la délégation donnée par le Conseil d'Administration le 11 juin 2015 (décision n° 87-2015)

■ Avis relatif au projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2019

Vu la saisine du 25 septembre 2018 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019,

Le Bureau de la Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole,

Après avoir examiné le PLFSS pour 2019,

➤ Concernant l'équilibre général du budget de la sécurité sociale,

- constate avec satisfaction la poursuite du retour à l'équilibre des comptes sociaux en 2017 et 2018 ainsi que les prévisions 2019.

➤ Concernant les mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs :

- prend acte de l'exonération de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires qui permet d'exonérer totalement la part salariale des cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire sur les heures supplémentaires et complémentaires, réalisées à compter du 1^{er} septembre 2019, sans effet sur les droits sociaux des assurés ;
- déplore cependant que le coût de cette mesure estimé à 2Mds€ en année pleine ne donne pas lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application.
- prend acte du remplacement du CICE et du CITS en 2019 par un allègement permanent pour les employeurs des cotisations d'assurance maladie de 6 points jusqu'à 2,5 SMIC, étendu aux cotisations de retraite complémentaire obligatoire (dès le 01/01/2019) et un renforcement de 4,05 points des allègements généraux de cotisations sociales, équivalent des cotisations patronales d'assurance chômage (au 1^{er} octobre) ; note qu'en 2019, ces mesures se cumuleront avec le bénéfice du CICE versé au titre de l'année 2018.
- note cependant que ce renforcement des allègements généraux entraîne une révision ou une suppression des dispositifs d'exonérations ciblées et spécifiques dès lors que certains deviendraient à droit constant, pour la plupart des bénéficiaires, moins favorables que les allègements généraux ;

- exprime à cet égard ses vives inquiétudes quant aux conséquences de la suppression de l'exonération TO/DE pour certains non-salariés agricoles. En effet, les chiffrages effectués par la CCMSA montrent une perte de 145 M€ d'exonérations, découlant des différences de dégressivités les mesures TO/DE et RDF en fonction du niveau de salaire ;
- constate en effet que les allègements généraux renforcés sont ainsi plus favorables pour les salaires très proches du SMIC et pour les salaires les plus élevés, mais ils concernent peu d'effectifs (salariés rémunérés en dessous de 1,1 SMIC, 25 000 contrats ; salariés rémunérés au-dessus de 1,45 SMIC et en deçà de 1,6 SMIC, 20 000 contrats) ;
- constate néanmoins, que la baisse de 6 points du taux de cotisation maladie permet une réduction des cotisations de 109 millions d'euros compensant globalement partiellement la perte du dispositif TO-DE ;
- relève, en outre, que groupements d'employeurs et des services de remplacement ne sont pas visés expressément dans la mise en œuvre anticipée de la RDF renforcée au 01/01/2019 (intégrant la contribution patronale chômage) alors que ces catégories d'employeurs pouvaient bénéficier de TO au titre des salariés mis à la disposition de leur adhérents ;
- que les CUMA (exclues du champ TO/DE) ne sont pas visées non plus par la RDF renforcée au 01/01/2019, contrairement aux ETARF et aux entreprises du paysage ;
- prend acte de la révision des exonérations en outre-mer (LODEOM) en compensation de la suppression du CICE spécifique aux entreprises ultra-marines et du soutien particulier accordé aux entreprises de secteurs prioritaires, dont l'agriculture et la pêche (exonération renforcée et intégrale jusqu'à 1,4 SMIC puis dégressive jusqu'à 2,4 SMIC) ;
- exprime sa satisfaction quant au prolongement de la durée de l'exonération ACCRE jusqu'à 3 ans pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole, à l'instar des indépendants relevant des micro-BIC, micro-BNC ;
- regrette que les mesures d'exonération de cotisations ne fassent pas toutes l'objet d'une compensation par l'Etat, par exception à l'application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale ;
- regrette que la proposition de la CCMSA de rattachement au régime agricole des salariés de filiales de sociétés ou groupements agricoles au-delà du 3^{ème} degré n'ait pas été retenue ;
- rappelle l'objectif poursuivi visant à harmoniser autant que possible les régimes de protection sociale au sein des groupes agricoles dans un double objectif de sécurisation du rattachement à la MSA des sociétés et groupes agricoles et de leurs filiales et de simplification des démarches administratives pour ces entreprises (recherche d'unicité de protection sociale au sein du groupe).

➤ **Concernant les dispositions clarifiant les règles de cotisations :**

- exprime sa satisfaction quant à la révision du champ d'application de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie et de ses modalités de calcul, dont la CCMSA avait souligné certaines incohérences notamment concernant les exploitants présentant une activité déficitaire ; regrette toutefois que les pouvoirs publics n'aient pas autorisé la MSA à appeler et recouvrer cette cotisation pour l'ensemble des assurés affiliés au régime agricole comme elle l'avait suggéré lors du projet de loi ayant instauré cette cotisation.
- émet un avis favorable sur la mesure d'atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal (8.3%) sur les revenus de remplacement dus à compter du 1^{er} janvier 2019 ;

- s'interroge cependant sur mise en œuvre opérationnelle de cette mesure dans un court délai et souhaite que soient précisées au plus vite les modalités de transmission par les services fiscaux du taux de CSG à appliquer compte tenu du franchissement du seuil ;
 - souligne par ailleurs, que la prise en compte de 2 années pour la détermination du taux normal de CSG, nécessite une articulation avec les dispositions relatives au taux de contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), applicable aux assurés assujettis au taux plein de CSG ;
 - émet un avis favorable sur les mesures relatives à :
 - o la mise en cohérence du périmètre du rescrit social entre le régime général et le régime agricole pour renforcer la sécurisation des droits des cotisants non-salariés agricoles ;
 - o la suppression des seuils d'effectif conditionnant l'accès aux titres simplifiés de déclaration et de paiement des cotisations (Titre Emploi Service Entreprise, Titre Emploi Service Agricole, Chèque Emploi Associatif) ;
 - o la suppression -dans la loi- du principe d'exclusivité pour le TESA, permettant à un employeur d'utiliser à la fois la DSN et le TESA ;
 - émet un avis favorable sur la mesure de modulation des sanctions applicables en matière de travail dissimulé (annulations de réductions de cotisations de sécurité sociale) permettant soit une réduction des majorations de retard lorsque le paiement des sommes dues intervient rapidement, soit, des majorations accrues en cas de répétition des faits ;
 - émet un avis favorable relativement à la mesure d'efficience de la gestion financière des organismes de sécurité sociale visant à améliorer le contrôle interne dans les organismes de sécurité sociale passant par une évolution des missions des agents comptables.
- **Concernant les dispositions relatives à l'équilibre financier de la sécurité sociale :**
- prend acte du transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'Etat et entre régimes de sécurité Sociale ;
 - prend acte de la reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS de 15 Md€, soit près des deux tiers de la dette accumulée à l'ACOSS ;
 - regrette que la demande de la CCMSA de faire reprendre par la CADES les déficits cumulés de la branche vieillesse des non-salariés de 3,7Mds€ afin d'épurer la dette antérieure, n'ait pas été satisfaite alors même que les non salariés contribuent au financement de la CADES ;
 - prend acte des crédits ouverts sur le budget de l'Etat en compensation d'exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité à 5,6 Md€ en 2019 ;
 - déplore que les mesures d'exonération de cotisations ne fassent pas toutes l'objet d'une compensation par l'Etat, par exception à l'application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale et s'inquiète de la charge à venir pour la sécurité sociale ;
- **Concernant la transformation du système de soins et la couverture des besoins de santé :**
- émet un avis favorable sur les mesures relatives à :
 - ✓ l'extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé ;

- ✓ au financement forfaitaire pour la prise en charge de certaines pathologies chroniques en vue d'inciter les professionnels de santé à prévenir la survenue des complications des maladies chroniques et à en freiner l'évolution ; sous réserve de précision sur les délais d'ouverture sur la ville ;
- ✓ l'amplification de la portée du dispositif d'innovation du système de santé (expérimentations) ;
- ✓ la simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants (régime simplifié des professions médicales), dont l'objectif est de favoriser les remplacements de médecins notamment dans les zones rurales, améliorant ainsi l'accès aux soins de la population agricole ;
- ✓ l'extension de l'objet des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées permettant d'améliorer d'autant l'accès aux soins, en particulier pour les patients atteints de pathologies chroniques ;
- ✓ au renforcement de l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge ;
- ✓ L'accès progressif à des soins pris en charge à 100% en optique, aides auditives et prothèses dentaires et à la mise en place notamment d'un examen bucco-dentaire dès 3 ans ;
- ✓ l'extension à compter du 1^{er} novembre 2019 de la CMU-c aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS, moyennant une participation financière, variable en fonction de l'âge du bénéficiaire, pour les personnes disposant de revenus compris entre les plafonds actuels de la CMU-c et de l'ACS ; le libre choix par l'assuré du gestionnaire de sa couverture ; le renouvellement automatique pour les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) ;
- ✓ l'exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte à compter de mai 2019, qui concerne notamment la population des non-salariés agricoles de l'île dont la MSA Armorique assure la gestion ;
- ✓ la modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de dix-huit ans ;
- ✓ la généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens ;
- ✓ la prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement ;
- ✓ la réduction de 2 ans du délai prévu pour opérer la convergence tarifaire des forfaits soins des EHPAD (et PUV) afin de bénéficier plus rapidement de moyens complémentaires pour renforcer les équipes soignantes et ainsi améliorer la qualité de soins des résidents ;
- ✓ le renforcement de l'accès précoce à certains produits de santé innovants par extension du dispositif des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et par autorisation ministérielle ;
- ✓ au recours aux médicaments génériques et biosimilaires, notamment le remboursement sur la base du prix du générique, en cas de refus de substitution par l'assuré, sans justification médicale ;

➤ **Concernant la modulation et l'adaptation des prestations :**

- émet un avis favorable sur :
 - ✓ la revalorisation exceptionnelle de certaines prestations (minimum vieillesse, allocation adulte handicapé) et l'évolution des minima sociaux en fonction de l'inflation,
 - ✓ l'augmentation des montants maximaux du complément de mode de garde de 30% par voie réglementaire à compter de novembre 2018 pour les gardes d'enfant ouvrant droit à l'AEEH,
 - ✓ la prolongation du droit au complément de libre choix de mode de garde (CMG) à taux plein jusqu'à leur entrée effective à l'école (enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2017),
 - ✓ le versement en tiers payant du CMG structures (service de garde à domicile, certaines crèches familiales ou une micro-crèche), à l'instar du CMG emploi direct à compter de l'année 2019,
 - ✓ le maintien de l'allocation de remplacement maternité des agricultrices qui permet une continuité de l'activité agricole et une protection de la mère et de l'enfant et la prise en charge à 100% des frais exposés pour le remplacement (les exploitantes agricoles n'auront plus à acquitter la CSG et de la CRDS sur l'allocation de remplacement) ; et prend acte de la possibilité pour les exploitantes agricoles de bénéficier d'une indemnité journalière forfaitaire en cas de maternité ou d'adoption, qui sera strictement subsidiaire et servie en cas d'impossibilité de recourir à un remplacement,
 - ✓ l'extension de la durée minimale d'arrêt des travailleuses indépendantes agricoles et non agricoles en cas de grossesse à 8 semaines, dont 2 semaines de congé prénatal, à l'instar de celle qui s'applique aux salariées,
 - ✓ les mesures d'amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale : récupérations d'indus sur les différentes prestations des branches de sécurité sociale, récupération échelonnée, clarification des règles de recouvrement des dépenses prises en charge au titre de la CMUc ou de l'ACS, majoration de la retenue en cas de fraude, renforcement des dispositifs permettant à l'assurance maladie de recouvrer les sommes dues par les organismes complémentaires dans le cadre des mécanismes de tiers-payant coordonné.
- prend acte de l'objectif de modernisation de la délivrance des prestations sociales s'appuyant sur les revenus salariaux portés par la DSN et les revenus de remplacement portés dans la déclaration dite PASRAU, applicable dès 2019 aux aides personnelles au logement (projet de loi de finances pour 2019) ; souligne toutefois les risques de fluctuation des prestations découlant d'une révision trimestrielle des droits prenant en compte les changements de situation économique et familiale et les charges de gestion qui en découlent ;
- regrette que la demande de la CCMSA d'aligner le montant des pensions d'invalidité AMEXA sur ceux des indépendants (artisans-commerçants) n'ait pas été retenue et souligne à nouveau le niveau forfaitaire particulièrement faible des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles et la nécessité d'améliorer leurs conditions d'existence en leur garantissant un montant décent de pension d'invalidité ;

➤ **Concernant les dotations et objectifs de dépense des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires :**

- prend acte :

- ✓ des dotations AM au FMESPP, à l'ONIAM, de la CNSA aux ARS,
- ✓ de l'Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès, avec un ONDAM à 2,5% en 2019,
- ✓ de la dotation au FIVA, au FCAATA et du transfert compensation sous-déclaration ATMP (dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention), pour un montant de 8 millions d'euros concernant la branche AT-MP du régime des salariés agricole,
- ✓ de l'objectif de dépense de la branche ATMP des régimes obligatoires de base à 13,5 Mds€,
- ✓ de l'objectif de dépense de la branche vieillesse pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 241,2 Mds€,
- ✓ de l'objectif de dépense de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 50,3 Mds€,
- ✓ des prévisions des charges du FSV de 18,4Mds€.

Santé

■ **Avis concernant un projet d'arrêté relatif à la prise en charge d'une spécialité pharmaceutique bénéficiant d'une recommandation temporaire d'utilisation et pris en application de l'article L.162-17-2-1 du code de sécurité**

Le Bureau de la Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole,

Après avoir examiné le projet d'arrêté relatif à la prise en charge d'une spécialité pharmaceutique bénéficiant d'une recommandation temporaire d'utilisation et pris en application de l'article L.162-17-2-1 du code de sécurité,

- émet un avis favorable sur ce projet de texte qui permet d'encadrer l'utilisation hors AMM de la spécialité pharmaceutique NOVOSEVEN qui représente une alternative thérapeutique indispensable chez les patients concernés.
- attire néanmoins l'attention sur la difficulté, pour le médecin-conseil de la caisse et le médecin traitant, à évaluer l'opportunité médicale du maintien de la prescription de ce traitement à visée prophylactique, en l'absence de critères objectifs précisés dans l'arrêté ou dans l'avis de la HAS.

Par ailleurs,

- rappelle que la note d'information du 30 décembre 2016 relative aux modalités de prise en charge d'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une RTU après l'octroi d'une extension de son AMM dans l'indication considérée prévoit que le ministère mette en ligne sur son site internet les informations suivantes :
 - date de fin de la RTU fixée par l'ANSM,
 - respect de la condition relative au dépôt d'une demande de prise en charge par le laboratoire dans le mois suivant l'octroi de l'AMM pour cette extension d'indication,
 - date de fin du dispositif post-RTU.

Or, à ce jour, ces informations ne sont pas disponibles sur le site du ministère.

Le Président



Pascal CORMERY

Le Directeur Général



François-Emmanuel BLANC

7. CNDSSSTI

CAISSE NATIONALE DÉLÉGUÉE
POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE
DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Le Cabinet de la Présidence

Madame Mathilde LIGNOT-LELOUP
Directrice de la Sécurité Sociale
Ministère des Solidarités et de la Santé
14 avenue Duquesne
75007 PARIS

La Plaine Saint-Denis, le 3 octobre 2018

Madame la Directrice,

Je vous prie de trouver, ci-dessous, le relevé des délibérations du Conseil d'administration de la Caisse Nationale Déléguée pour la Sécurité Sociale des Travailleurs Indépendants réuni le 2 octobre 2018.

III. APPROBATION DU PROCES-VERBAL DE LA SEANCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CAISSE NATIONALE DELEGUEE DU 10 JUILLET 2018

Le Conseil d'administration a approuvé, à l'unanimité moins 1 abstention, le procès-verbal de la séance du 10 juillet 2018.

IV. PROJET DE TEXTE :

-Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

Après avis de la CPSET réunie le 28 septembre 2018, le Conseil d'administration a émis, par 23 voix pour, 10 contre et 9 abstentions, un avis favorable au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2019 avec les observations des Services jointes en annexe 1.

Le Conseil a demandé que soit expressément prévue une tolérance pour l'application de la sanction pécuniaire prévue à l'article 13 du projet de loi, lorsqu'il s'avère que le cotisant est dans l'impossibilité matérielle de procéder à la déclaration de ses revenus professionnels et au paiement de ses cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée.

Il est également demandé de veiller à ce que le télé-service de déclaration des revenus et de paiement des cotisations et contributions sociales soit le plus lisible et accessible possible pour les cotisants.

Sur l'article 47, le Conseil d'administration a en outre souhaité que le montant des indemnités journalières maternité ne soit pas intégré dans l'assiette sociale des travailleurs indépendants, comme c'est le cas pour les salariés.

Le Conseil a accueilli avec satisfaction la mesure de l'article 48 qui porte la suppression de la condition d'être à jour de ses cotisations sociales pour le bénéfice des indemnités journalières maladie et maternité. Toutefois, il soulève la question de savoir si cette mesure occasionnera à terme une augmentation des cotisations du régime des indemnités journalières afin de garantir son équilibre financier à long terme.

S'agissant de l'article 18, le Conseil a salué la mesure de modification de la date de transfert des réserves, en rappelant que ces réserves doivent être bien transférées au CPSTI et non au régime général.

Enfin, le Conseil d'administration a attiré l'attention sur la nécessité de sécuriser le transfert des actifs immobiliers des régimes autonomes vers le CPSTI en intégrant dans la liste des éléments transférés les biens immobiliers.

1

Conseil d'administration de la CNDSSSTI du 2 octobre 2018

V. BILAN DE LA GESTION FINANCIERE DES REGIMES COMPLEMENTAIRES VIEILLESSE ET D'INVALIDITE-DECES POUR LE 1^{ER} SEMESTRE 2018

Le Conseil d'administration a approuvé par 39 voix pour, 4 contre et 3 abstentions, le bilan de la gestion financière des régimes complémentaires vieillesse et d'invalidité-décès au titre du 1^{er} semestre 2018 tel que présenté dans la Note technique et son annexe remises aux administrateurs.

VI. BILAN SEMESTRIEL DU CONTROLE FINANCIER SUR LA GESTION FINANCIERE DES REGIMES COMPLEMENTAIRES VIEILLESSE ET D'INVALIDITE-DECES POUR LE 1^{ER} SEMESTRE 2018

Le Conseil d'administration a approuvé, par 38 voix pour, 4 contre et 1 abstention, le bilan du contrôle financier sur la gestion financière des régimes complémentaires vieillesse et d'invalidité-décès pour le 1^{er} semestre 2018 tel que présenté dans la note technique remise aux administrateurs.

VII. ADMISSIONS EN NON-VALEUR DE CREANCES C3S ET TACA / TASCOM IRRECOURVABLES

Le Conseil d'Administration a autorisé, par 34 voix pour, 3 contre et 4 abstentions, l'admission en non-valeur de 12 685 dossiers, dont 12 573 dossiers C3S et Additionnelle pour 53 472 200,43 euros et 112 dossiers TACA / TASCOM pour 650 186,52 euros, soit un montant total de 54 122 386,95 euros correspondant aux bordereaux joints en annexe 2.

VIII. QUESTIONS DIVERSES

1) Point d'information relatif à la proposition d'instauration d'indemnités journalières pour les professionnels libéraux

Monsieur DELRAN, Président de la Caisse déléguée Métropolitaine des professions libérales, a présenté la proposition d'instauration d'indemnités journalières pour les professionnels libéraux telle qu'approuvée par le Conseil d'administration de ladite Caisse réuni le 14 septembre 2018.

2) Hommage au Président Henri ROSANT (demande de Monsieur WALBERT)

Le Conseil d'administration a approuvé, par 25 voix pour, 10 contre et 5 abstentions, la proposition formulée par Monsieur WALBERT qui consiste en l'apposition d'une plaque commémorative au 1^{er} étage du siège de la Caisse nationale déléguée en hommage au Président Henri ROSANT survenu le 15 août 2018.

Le Président



Louis GRASSI

8. UNCAM



Le Président du
Conseil de l'Uncam

Date 3 octobre 2018

Monsieur le Ministre
de l'Action et des Comptes publics
Direction du budget
TELEDOC : 275 - Bâtiment A
Bureau 6BCS
139, rue de Bercy
75572 PARIS CEDEX 12

SG/MDI/MD-D-2018-3525

Affaire suivie par :  mdi.cnam@assurance-maladie.fr

OBJET : Extrait d'urgence

Monsieur le Ministre,

Vous avez sollicité l'avis du Conseil de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2019 qu'il a examiné lors de sa séance du mardi 2 octobre 2018.

Le Conseil s'est prononcé sur ce texte par 6 voix favorables (U2P, CCMSA, CNDSSSTI), 4 voix défavorables (CFDT, CGT, CGT-FO) et 7 prises d'acte (CFTC, CFE-CGC, MEDEF, CPME).

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

William GARDEY

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
50, avenue du Professeur André Lémierre - 75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr

9. UNOCAM



Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

Délibération n° CONS. – 33 – 3 octobre 2018 – Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

L'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale dispose que l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) « *rend un avis public et motivé sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale* ».

L'UNOCAM a été saisie du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019 par un courrier daté du 25 septembre 2018, notifié par voie électronique.

Réuni le 3 octobre 2018, le Conseil de l'UNOCAM a adopté le présent avis qui porte d'une part sur l'économie générale du PLFSS pour 2019 et d'autre part sur les dispositions du projet de loi de financement qui intéressent particulièrement l'assurance maladie complémentaire.

1. Economie générale du PLFSS pour 2019

L'UNOCAM ne se prononce pas sur les hypothèses économiques retenues par les pouvoirs publics pour la construction du PLFSS pour 2019.

1.1. Déficits

Le PLFSS pour 2019 prévoit que l'équilibre budgétaire de la Sécurité Sociale devrait être atteint (solde prévisionnel de +0,7Md d'euros) sur le champ du régime général mais également en incluant le Fonds de solidarité vieillesse.

Le déficit de la branche maladie (régime général) devrait être de -0,9Md d'euros à la fin de 2018. Le PLFSS l'évalue à -0,5Md d'euros à la fin 2019, après mesures correctives.

1.2. Dépenses de la branche maladie

En 2019, les dépenses dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sont fixées à hauteur de 200,3Mds d'euros, soit 4,9Mds d'euros de dépenses supplémentaires par rapport à 2018.

UNOCAM
120 BOULEVARD RASPAIL - 75008 PARIS

TEL : 01.42.84.95.00
FAX : 01.45.48.91.01

Le taux d'évolution de l'ONDAM passe de 2,3% en 2018 à 2,5% en 2019, soit une hausse de 0,2 point. L'Annexe B au PLFSS 2019 précise que cet écart de 0,2 point (de l'ordre de 400M€) a pour objet de « renforcer l'effort d'investissement dans la santé dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » présenté le 18 septembre par le Président de la République. Le niveau de progression des dépenses sera ensuite limité à 2,3% sur la période 2020-2022 ».

Le taux d'évolution de l'ONDAM se décompose comme suit : 2,2% pour les soins de ville, 2,7% pour les établissements de santé, 2,0% pour les établissements et services médico-sociaux, 6,1% pour le Fonds d'intervention régional et de 11,8% pour les autres prises en charge.

Le tendanciel de dépenses restant à un niveau élevé (4,5%), le respect de l'objectif fixé pour 2019 devrait passer par un ensemble de mesures dites « d'économie » visant à infléchir la croissance du panier de soins assurance maladie obligatoire ; le montant total de ces mesures devrait être de l'ordre de 3,8Mds€ pour 2019. L'UNOCAM déplore que les objectifs « d'économies » et les estimations d'impacts des mesures nouvelles n'aient pas été portées à la connaissance de l'UNOCAM avant sa délibération sur le présent avis.

L'UNOCAM souligne en outre qu'en marge du PLFSS (mesure réglementaire), la participation forfaitaire applicable pour les actes lourds (dont la cotation est égale ou supérieure à 60 ou dont le montant est égal ou supérieur à 120€) serait portée de 18 à 24€. Le coût de cette mesure est estimé à 40M€ par la Direction de la Sécurité Sociale, impactera directement les assurés et les organismes complémentaires, le ticket modérateur étant obligatoirement couvert par les contrats responsables.

1.3. Recettes

Le PLFSS pour 2019 prévoit, à partir du 1^{er} septembre 2019, des exonérations de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires et la mise en œuvre de la transformation au plus tard le 1^{er} juillet 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs (articles 7 et 8). L'UNOCAM prend note de ces mesures.

2. Dispositions du PLFSS pour 2019 intéressant particulièrement l'assurance maladie complémentaire

2.1. Dispositions relatives à la réforme « 100% santé »

L'article 33 précise et complète le cadre de mise en œuvre de la réforme :

- Il introduit la notion de paniers (classes et bases de remboursement différenciées) et de prise en charge intégrale après intervention de l'assurance maladie complémentaire.
- Les conditions à satisfaire par les contrats responsables sont complétées afin d'intégrer une obligation de prise en charge, par ces contrats, du panier de « 100% santé » : ces contrats devront désormais, en sus du ticket modérateur, rembourser, les frais exposés sur les actes et produits dudit panier. Ces obligations entreront en vigueur pour l'ensemble des contrats responsables souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020, individuels comme collectifs.

- Les mesures visant à favoriser la mise à disposition, par les opticiens et audioprothésistes, de produits et prestations sans reste à charge et celles relatives à leur participation à l'évaluation de la réforme et de révision des contenus des devis sont également précisées en cohérence avec les résultats des consultations menées par les pouvoirs publics.

L'UNOCAM partage l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, reposant sur une implication conjuguée des différents acteurs (professionnels de santé, industriels et financeurs). Elle tient néanmoins à souligner que la modification du champ des obligations de prise en charge des contrats responsables à l'occasion de la création des paniers « 100% santé », doit pouvoir être préparée dans les meilleures conditions, autrement dit en concertation avec les représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie et dans des délais compatibles avec une telle concertation.

À ce titre, l'UNOCAM rappelle que cette réforme aura des conséquences importantes en termes d'évolution des offres des complémentaires santé, de leurs systèmes de gestion, mais aussi de remboursements de la part complémentaire et donc, in fine, de tarifs de nombreux contrats, notamment pour ceux dont les garanties sont moins couvrantes aujourd'hui.

Dans la perspective d'une entrée en vigueur dans les contrats responsables au 1^{er} janvier 2020, l'UNOCAM alerte les pouvoirs publics sur l'impérative nécessité, pour les organismes d'assurance maladie complémentaire, de pouvoir disposer rapidement des précisions sur les nouvelles règles de prise en charge mais aussi des informations nécessaires à la gestion et au suivi de cette réforme.

Compte tenu de la renégociation de très nombreux accords de branches et d'entreprises en frais de santé qu'implique la réforme « 100% santé », l'UNOCAM demande que l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020, fasse l'objet d'une application bienveillante de la part des URSSAF à l'égard des entreprises, jusqu'au 1^{er} janvier 2021.

2.2. Dispositions relatives à la fin de l'ACS et à la création d'une CMU-C contributive (article 34)

Dans le prolongement des annonces faites dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté, le PLFSS 2019 élargit le dispositif de la CMU-C aux bénéficiaires éligibles à l'ACS (dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35%), dans les conditions suivantes :

- Le dispositif en vigueur (ACS et contrats ACS sélectionnés suite à procédure de mise en concurrence) est abandonné au profit d'une CMU-C contributive qui sera fonction de l'âge (1€ maximum par bénéficiaire et par jour : le montant sera fixé par arrêté¹) et qui prendra effet au 1^{er} novembre 2019.
- Les contrats ACS sélectionnés (suite à procédure de mise en concurrence), en cours à la date du 1^{er} novembre 2019, restent éligibles au bénéfice de l'ACS

¹ Le montant annuel par bénéficiaire fixé dans l'arrêté ne pourra excéder 5% du plafond CMU-C.

jusqu'à l'expiration du droit du bénéficiaire. Ce dernier peut cependant demander à résilier son contrat sans frais ni pénalités et rejoindre le nouveau dispositif.

La gestion de cette protection complémentaire santé contributive se fera, au choix de l'assuré, par une caisse d'assurance maladie ou par un organisme complémentaire d'assurance maladie. Ces derniers devront s'inscrire sur une liste hébergée par le fonds CMU.

Pour les bénéficiaires d'une protection complémentaire santé contributive, le remboursement aux organismes complémentaires gestionnaires, par le fonds CMU, se fera sur la base des dépenses réelles, sans plafond, affectées d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion, fixé par arrêté après avis de l'UNOCAM.

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, le remboursement aux organismes complémentaires gestionnaires, par le fonds CMU, se fera désormais sur la base des dépenses réelles sans plafond.

L'UNOCAM prend acte de cette extension de la CMU-C remettant en cause un dispositif modifié il y a peu à l'initiative des pouvoirs publics et, ce faisant, organisant la sortie des contrats ACS du champ de l'assurance. L'UNOCAM sera vigilante à l'effectivité de l'exercice de la liberté de choix de leur organisme gestionnaire par les bénéficiaires de ce nouveau dispositif.

L'UNOCAM rappelle par ailleurs que la CMU-C est aujourd'hui intégralement financée par une taxe de solidarité sur les contrats de complémentaire santé. L'UNOCAM sera vigilante aux conséquences financières de ce nouveau dispositif.

Enfin, pour que les organismes complémentaires puissent participer pleinement à ce nouveau dispositif, l'UNOCAM veillera à ce qu'ils puissent accompagner les assurés dans leurs démarches et soient associés à la procédure d'instruction des droits.

2.3. Participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunérations (article 12)

A compter du 1^{er} janvier 2019, le taux de contribution est fixé à 0,8% des cotisations, soit 300M€ en 2019 (base cotisations 2017, contre 250M€ en 2018 au titre « du forfait patientèle médecin traitant »). Selon l'exposé des motifs, il pourra ensuite être ajusté en fonction de l'évolution de l'assiette des cotisations des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Le produit de la taxe est affecté à la CNAM.

Le dispositif de cofinancement des nouveaux modes de rémunération des médecins libéraux est pérennisé. La contribution est désormais codifiée : article L.862-4-1 du code de la sécurité sociale.

Désormais assise sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires d'assurance maladie, ses modalités de calcul sont déconnectées de la notion de « forfait patientèle médecin traitant ».

L'UNOCAM ne saurait approuver un tel mécanisme qui pérennise, de facto, une nouvelle contribution fiscale et qui, a fortiori, ne reflète pas les termes de la convention médicale en vigueur.

Dans un contexte de développement de la part des rémunérations autres que le paiement à l'acte, comme en attestent notamment les dispositions du PLFSS 2019 relatives à la mise en place de financements forfaitaires pour des pathologies chroniques (article 28) et l'élargissement du cadre des expérimentations prévues par l'article 51 de la LFSS 2018 (article 29), l'UNOCAM demande aux pouvoirs publics :

- de circonscrire cette taxe et son montant à la durée de la convention médicale, soit 2021,
- d'associer activement l'UNOCAM, à l'ensemble des travaux impliquant une prise en charge nouvelle, par les organismes complémentaires, de nouveaux modes de rémunération qui soient traçables et visibles pour leurs bénéficiaires.

2.4. Autres dispositions

2.4.1 Dispositions relatives à la prévention

L'UNOCAM partage la volonté des pouvoirs publics de développer la prévention. Elle note en particulier l'extension des examens bucco-dentaires obligatoires de prévention aux enfants de 3 ans (article 33), le rééchelonnement des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de 18 ans (article 37) et la généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens (article 39).

2.4.2 Dispositions relatives aux produits de santé

L'UNOCAM prend note de la suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) (article 4) ainsi que de l'évolution des mécanismes de régulation des médicaments s'appuyant sur une clause de sauvegarde unique « ville et hôpital » (taux « M »), dont l'assiette est par ailleurs élargie aux médicaments génériques et orphelins (article 15). Elle note également l'extension du dispositif des autorisations temporaires d'utilisations (ATU) aux extensions thérapeutiques de certains médicaments ainsi que pour certains dispositifs médicaux, conformément aux annonces faites par le Gouvernement lors du dernier Conseil stratégique des industries de santé (article 42).

L'UNOCAM partage par ailleurs la volonté des pouvoirs publics de développer le recours aux médicaments génériques (article 43) : renforcement des justifications du recours à la mention « non substituable ». Il est aussi prévu que le remboursement d'un assuré qui ne souhaiterait pas la substitution, sans justification médicale, se fasse sur la base du prix générique. L'UNOCAM sera vigilante à ce que les organismes complémentaires disposent bien de l'information relative à la base de remboursement adéquate. Elle indique qu'il convient de veiller à ce que ces nouvelles mesures soient cohérentes avec l'ensemble des mesures conventionnelles qui ont permis jusqu'à présent de favoriser le développement des médicaments génériques.

L'UNOCAM marque également son intérêt pour cette mesure qui vise à permettre progressivement la substitution pour les médicaments « hybrides » et faciliter l'achat des biosimilaires par les établissements hospitaliers.

Enfin, l'UNOCAM sera attentive aux évolutions des modalités d'évaluation et d'admission ou d'exclusion de la prise en charge des médicaments homéopathiques (article 42).

En conséquence, le Conseil prend acte du PLFSS pour 2019.

Délibération adoptée à l'unanimité

